

生活保護法・中国残留邦人等支援法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		医療機関コード									
所在地	〒 - 電話() -											
開設者の氏名、生年月日及び住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に 法人の名称及び代表者の職・氏名 を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載、 生年月日の記載は不要)	氏名(名称)	(フリガナ)										
	生年月日	年	月	日								
	住所(所在地)	〒 -										
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)		生年月日	年	月	日					
	住所	〒 -										
診療科名												
健康保険法による指定	有	・	指定申請中	有効期間	年	月	日から	年	月	日まで		
生活保護法第49条の2第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約	指定欠格事由に該当しない旨誓約する <input type="checkbox"/> (誓約する場合 <input checked="" type="checkbox"/> を記載)											
生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無	有 ・ 無											
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新の場合のみ記載)											

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配属者の自立の支援に関する法律に基づき、上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

北海道知事様

〒 -

住所

申請者(開設者)

氏名

担当者連絡先(電話() - ()
担当者氏名()

注意事項

- 1 この書類は、指定を受けようとする医療機関の所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。ただし、札幌市、旭川市及び函館市を所在地とする医療機関については、それぞれの市に対しそれぞれの市が定める様式により申請してください。
- 2 生活保護法指定医療機関の指定を行った場合は、当該医療機関に文書により通知するとともに、生活保護法第55条の3に基づく告示を行います。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 「開設者の氏名、生年月日及び住所」は、開設者が個人の場合は、医療機関の開設者の氏名、生年月日及び自宅住所を記載してください。
また、**開設者が法人**の場合は、「氏名(名称)」欄に**法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し**、「住所(所在地)」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。(※開設者が法人の場合、**生年月日については記載不要**です。)
- 5 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。(※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。)
- 6 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 7 「生活保護法第49条の2第2号から第9号までで定められている誓約事項」は別紙のとおりです。
- 8 「生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - ① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 9 「現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 10 「申請者(開設者)」については、申請者(開設者)が個人の場合は、自宅住所及び氏名を記載してください。
また、申請者(開設者)が法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名並びに主たる事業所の所在地を記載してください。