

生活保護法等指定医療機関(指定)・指定更新 申請書

生活保護法第49条(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別永住者等の自立の支援に関する法律(以下、「中国残留邦人等支援法」という。))第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

記入例

名称	(フリガナ) アイリスクリニック		
	アイリスクリニック		
連絡先	電話番号	(0555) 11-1234	医療機関コード 2 2 2 2 2 2 2
	FAX番号	(0555) 11-1234	
所在地	〒 444 - 1234		
	愛知県愛知1丁目1番1号		
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名	(フリガナ) イリョウホウジンアイリス リジチョウ アイチ タロウ	
		医療法人アイリス	
住所	生年月日	理事長 愛知 太郎	
		〒 444 - 1234	
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) アイチ タロウ	
		愛知 太郎	
住所	生年月日	昭和40年1月1日	
		〒 444 - 1234	
診療科名	内科、外科		
	健康保険(介護保険)による指定の有効期間		
健康保険(介護保険)による指定の有効期間		令和元 年 5 月 1 日から 令和7 年 4 月 30 日まで	
生活保護法第49条の規定する指定の有無		有 ・ 無	
中国残留邦人等支援法第14条第4項において、その例とされた指定を希望しない(希望しないに○を記入)		希望しない	
適用希望日	年 月 日 ※希望がある場合のみ記入		
適用希望日の希望理由(該当するものに○、その他理由は内容を記載)	開設 ・ 開設者変更 法人化 ・ 移転 ・ 生活保護受給者の利用があったため		
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 ※更新の場合のみ記入		

①「指定」を選択してください

②「保険医療機関指定通知書」に記載の名称

③「保険医療機関指定通知書」に記載の医療機関コード

④開設者が法人の場合、生年月日の記載の必要はありません

⑤診療所の所在地ではなく、管理者本人の住所を記載してください

⑥お手持ちの保険医療機関指定通知書を確認してください
通知書が見当たらない場合、東海北陸厚生局のホームページにて確認できます
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei.html

⑧厚生労働大臣が認定した「特定中国残留邦人及び配偶者」の方を対象にした制度になります
指定を希望しない方のみ「希望しない」に○を付けてください

⑨記載は不要です

⑩
・申請者＝開設者となります
・申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入
・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入

⑦該当「有」となる場合
・開設者が個人であり、開設者のみが診療、調剤を行っている場合
・開設者が個人であり、開設者以外に同一世帯の親族のみが診療、調剤を行っている場合

該当「無」となる場合
・開設者が法人である場合
・開設者が個人であり、開設者以外に親族ではない医師等が定期的に診療、調剤を行っている場合
・開設者が個人であり、同一世帯でない親族が定期的に診療、調剤を行っている場合

令和元年 6月 1日 (申請年月日)
愛知県知事 殿
〒 444 - 1234
住所 愛知県愛知2丁目2番2号
申請者(開設者)