

## 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定配偶者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条の規定に基づく指定機関を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

名 称	(フリガナ)						
連 絡 先	電話番号				医療機関コード		
	FAX番号						
所 在 地	〒 -						
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)				生年月日	年 月 日
	住所	〒 -					
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(介護保険法による指定)	有効期間	年 月 日から			年 月 日まで		
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						
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場合は、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
	その他理由:						
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						

年 月 日 (申請年月日)

愛 知 県 知 事 殿

〒 -  
住 所

申請者(開設者)

氏 名

Tel ( ) -

## 注意事項

- 1 この書類の提出先は、事業所の所在地によって変わります。なお、本様式は、愛知県庁提出用です。
  - ・事業所の所在地等が名古屋市内の場合……各区役所民生子ども課
  - ・ // が豊橋市内の場合……豊橋市役所生活福祉課
  - ・ // が岡崎市内の場合……岡崎市役所地域福祉課
  - ・ // が豊田市内の場合……豊田市役所生活福祉課
  - ・ // が一宮市内の場合……一宮市役所生活福祉課
  - ・ // がその他の市町村内の場合……愛知県庁地域福祉課
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、県(市)告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 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 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」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の必要はありません。
- 5 「管理者の氏名、生年月日、住所」は、医療法等により届出を行った管理者の氏名を記載してください。
- 6 「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。
- 7 「健康保険法による指定」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。  
※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。
- 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※上記については健康保険法第68条第2項において指定の更新申請があったものとみなされる医療機関等が該当します。
- 9 中国残留邦人等支援法に基づく第14条4項によりその例とされた指定を希望しない場合は、希望しないに○を記入してください。
- 10 「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。
- 11 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名及び事務所の所在地を記載してください。