

<記入例>

生活保護法
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

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において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

名 称	(ふりがな)	医療機関コード							
所在地	〒 - TEL () -								
開設者の氏名、生年月日、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) ※1	氏名(名称)	開設者が法人の場合は、法人名称・代表者の職・氏名をご記載ください。 (例)医療法人の場合 医療法人〇〇会 理事長 □□ □□							
	生年月日	年 月 日 開設者が法人の場合は、生年月日は記載不要です。							
	住所(所在地)	〒 -							
管理者の氏名、生年月日及び住所 ※2	氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日					
	住所	有効期間 開始日は近畿厚生局HPの指定一覧表にて確認できます。 https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/tyousa/shinkishitei.html (例) 開始日が 令和3年5月1日の場合 「令和3年5月1日 から 令和9年4月30日 まで」となります。							
診療科名 ※3	わかりにくい場合は、空欄のまま提出してください。市で調べて記入します。ただし、市で調べても不明の場合は、連絡いたします。								
健康保険法による指定 ※4-5	有 ・ 指定申請中	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで						
	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)								
希望する指定期間 ※6	年 月 日 ~ 年 月 日 (新規の場合のみ記載)								
生活保護法第49条の2第2項第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 ※7	<input type="checkbox"/> (別紙を確認し、誓約する場合はチェックを入れてください。)								

年 月 日

堺市長様

〒 -
住所

申請者(開設者)

氏名

開設者が法人の場合は、法人名称・代表者の職・氏名をご記載ください。

(例)医療法人の場合 医療法人〇〇会 理事長 □□ □□

TEL () -

(福祉事務所使用欄)

福祉事務所確認欄	医療扶助の理解	
年 月 日 收受	指定についての意見	