

『指定』『指定更新』のいずれかに○をして下さい。

# 生活保護法指定 医療機関 指定・指定更新 申請書

お 援  
 ・地方厚生局に届け出ている正式名称を記入して下さい。  
 ・フリガナを必ず記入してください。  
 使用する  
 並びに  
 残留邦  
 ・地方厚生局から付与される10桁のコードを記入して下さい。  
 ・届出中でコードが未定の場合は鉛筆書きで『申請中』と記載し、『取得予定年月日』も併せて記入して下さい。

フリガナ 名 称			医療機関 コード		
医療機関の 所在地	〒 _____ 地方厚生局に届け出ている所在地を記入して下さい。 Tel ( )				
開設者の情報 (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) (訪問看護事業所のみ「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)	フリガナ 氏名		生年月日 ※訪問看護 事業所のみ記載	明 大 昭 平 年	
	住所 ※訪問看護 事業所のみ記載	〒 _____	・開設者が法人の場合、地方厚生局に届出た法人名称、代表者の役職、代表者名を記入して下さい。 ・フリガナを必ず記入して下さい。		
管理者の情報 (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) (訪問看護事業所のみ「住所」欄に管理者の自宅住所を記載)	フリガナ 氏名		生年月日 記載	明 大 昭 平 年	
	住所 ※訪問看護 事業所のみ記載	〒 _____	・医療法等により届出等を行った管理者の氏名を記入して下さい。 ・フリガナを必ず記入して下さい。		
診療科名又は 業務の種類	必ず記入して下さい。				
健康保険法による指定 有効期限	有・指定申請中	(有効期間) _____ 年 月 日			
生活保護法第49条の3第4 項に規定する診療所 又は薬局の該当の有無	有・無	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事項	<input type="checkbox"/> ※該当しない場合に チェックを付けてください。		

年 月 日

横 浜 市 長 〒 \_\_\_\_\_

申請書を記入した日を記入して下さい。

住所 連絡先 Tel ( )

フリガナ  
氏 名

- 開設者が法人の場合
  - 法人の名称・法人の住所・電話番号
  - 法人代表者の役職名・氏名

- 開設者が個人の場合
  - 開設者の自宅住所・自宅の電話番号(携帯番号)・氏名

指定年月日		・ 無
指定番号:		
備考:		・ 更新

## I 注意事項

- 1 この書類は、生活保護法の医療扶助及び、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偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の指定申請書です。
- 2 申請書は、横浜市健康福祉局生活支援課または18区いずれかの区生活支援課に提出してください。
- 3 指定された場合には、告示するほか、指定通知書により申請者へ通知します。

## II 記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定または指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 <名称>欄は、厚生局に届け出た正式な名称を記入してください。
- 3 <医療機関コード>欄は、10桁の医療機関コード、もし未定の場合は鉛筆で『申請中』と記入し、合わせて取得予定年月日を記入してください。
- 4 <開設者の情報>欄及び<管理者の情報>欄は、開設者が法人か個人かで記入する内容が異なります。次の表を参考に記入してください。なお、「生年月日」欄は訪問看護事業所のみ記載が必要です。

	開設者が法人	開設者が個人
住所※	主たる事務所の住所	開設者の自宅の住所
氏名	法人代表者の役職名と氏名	開設者の氏名

※住所は訪問看護事業所のみ記載が必要です。

- 5 <診療科名又は業務の種類>欄は、病院または診療所の場合は医療法の規定に基づいて掲げられたものを記載してください。また薬局及び訪問看護事業所等の場合は「薬局」、「指定訪問看護」と記入してください。
- 6 <健康保険法による指定有効期限>欄は「有」、「指定申請中」のいずれかを○で囲み、有の場合は有効期限を記入してください。

※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3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、次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、歯科医師もしくは薬剤師のみが診療も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、歯科医師も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 申請者は開設者となります。開設者が法人か個人かで記入する内容が異なります。次の表を参考に記入してください。

	開設者が法人	開設者が個人
住所	主たる事務所の住所	開設者の自宅の住所
連絡先	主たる事務所の電話番号	開設者の携帯番号あるいは自宅の電話番号
氏名	法人代表者の役職名と氏名	開設者の氏名