

『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

生活保護法第49条の2第4項において準用する同条第1項の規定に基づき、指定又は指定更新を申請します。

- ・関東信越厚生局から付与される7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。
- ・歯科を併設している場合は医科と区別して歯科のコードも記入して下さい。

- ・関東信越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下さい。

フリガナ 名 称			医療機関 コード		
医療機関の 所在地	〒 _____ 関東信越厚生局に届け出ている所在地を記入して下さい。 Tel () _____				
開設者の氏名、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)	フリガナ			生年 月日	明 大 昭 平 年
	氏名				月 日
	住所	〒 _____ 開設者が法人の場合、関東信越厚生局に届出た 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。			
管理者の氏名、生年月日及 び住所	フリガナ			生年 月日	明 大 昭 平 年
	氏名	医療法等により届出等を行った 管理者(管理薬剤師)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。			月 日
	住所	〒 _____ 医療法等により届出等を行った 管理者(管理薬剤師)の自宅住所を記入して下さい。			
診療科名又は 業務の種類	必ず記入して下さい。			病床 数	
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 ~ _____年 _____月 _____日		
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				記載要領の7を確認の上、該当の有無 を記入して下さい。 開設者が法人の場合は必ず『無』です。
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				

年 月 日
横 浜 市 長

住所 _____
〒 _____
申請者 連絡先 Tel () _____
フリガナ _____
氏 名 _____
局生活支援課使用

申請書を記入した日を記入して下さい。

指定年月日	平成 _____ 年	<input type="checkbox"/> 開設者が法人の場合 <input type="checkbox"/> 法人の名称・法人の住所・電話番号 <input type="checkbox"/> 法人代表者の役職名・氏名	無
添付書類			
書類の提出方法		<input type="checkbox"/> 開設者が個人の場合 <input type="checkbox"/> 開設者の自宅住所・自宅の電話番号(携帯番号)・氏名	
指定番号:			
備考:	指定 ・ 再指定 ・ 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 申請書を提出する際は、誓約書を必ず添付して下さい。
- 3 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下さい。
- 4 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○で囲んで下さい。
- 2 <名称>欄は、厚生局に届け出た正式な名称を記入して下さい。
- 3 <医療機関コード>欄は、7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下さい。
- 4 <開設者の氏名、生年月日、住所>欄及び<管理者の氏名、生年月日、住所>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下さい。

	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
氏名	法人代表者の役職名と氏名	開設者の氏名

- 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下さい。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」等と記入して下さい。
- 6 <健康保険法による指定有効期限>欄及び<介護保険法による指定>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下さい。
※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、歯科医師若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
- 8 <生活保護法による指定の有効期間満了日>欄は、更新申請の際に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を記入して下さい。新規の申請の場合は記入は不要です。
- 9 届出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下さい。

	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