

生活保護法指定 助産師・施術者 申請書

生活保護法第 55 条の規定に基づき、次のとおり生活保護法による指定を申請します。

また、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り、中国残留邦人等に対する医療支援給付の指定申請も兼ねます。

助産師 または 施術者	フリ ガナ		生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日
	氏名	施術者の氏名・自宅住所・自宅の電話番号(携帯番号) を記入して下さい。		記載要領を確認の上、 選択して下さい。
開設して いる(又 は、主に 勤務して いる)助 産所又は 施術所	フリ ガナ	・医療法等により許可もしくは指定を受けた、または届け 出た正式名称を記入して下さい。 ・開設なし(出張専門)の場合は、施術者の氏名・フリガ ナ・自宅住所を記入して下さい。		開設者
	名称			開設なし(勤務施術者)
	所 在 地	〒 TEL	開設なし(出張専門)	
	フリ ガナ	開設 者 氏 名	出張専門	
業務の種類	(1)助産師 (2)柔道整復 (3)あん摩マッサージ指圧 (4)はり・きゅう ※いずれか1つに○を付けてください			
加入団体名称	・公益社団法人神奈川県柔道整復師会 ・一般社団法人神奈川県鍼灸マッサージ師会 ・公益社団法人神奈川県鍼灸師会 ・一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会 ・その他の団体(団体名:) ・なし ※該当箇所に○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。

〒
自宅住所
申請者 連絡先 TEL ()
フリガナ
氏 名

※申請の際は、免許証の写し及び誓約書を必ず添付してください。

施術者の自宅住所・自宅の電話番号(携帯番号)・氏名を記入して下さい。

.....局生活支援課使用欄.....

指定年月日	年 月 日	開設の確認	有 ・ 無
添付書類	免許証の写し 有 ・ 無	誓約書	有 ・ 無
書類の提出方法	持参 ・ 郵送 ・ 協定団体経由 ・ 区生活支援課より進達		
指定番号 :	指令番号 :		
備考 :	契約書 要 ・ 不要		

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を兼ねた申請書です。
- 2 申請書を提出する際は、**免許証の写し**及び**誓約書**を必ず添付してください。
- 3 申請書の提出先は、次のとおりです。

施術所と施術者の居住地の所在地のパターン	申請書の提出先
施術所の所在地と施術者の居住地がどちらも神奈川県内の場合	施術所の所在地 の福祉事務所（横浜市は福祉保健センター又は横浜市健康福祉局生活支援課）
上記以外の場合	～ 施術者が開設者の場合 ～ 施術所の所在地 の福祉事務所（横浜市は福祉保健センター又は横浜市健康福祉局生活支援課） ～ 施術者が開設者以外の場合 ～ 施術者の居住地 の福祉事務所（横浜市は福祉保健センター又は横浜市健康福祉局生活支援課）

※この申請書は横浜市提出用です。申請先が横浜市ではない場合は、各自治体の申請書を使用してください。

- 4 施術者は、個人を指定します。同一の施術所で複数の施術者の方が施術を行う場合は、施術者ごとに申請書が必要です。
- 5 複数の業務の指定申請をする場合は、業務の種類ごとに申請書を提出してください。
- 6 指定された場合には、告示するほか、指定書により申請者の自宅住所に通知します。

II 記載要領

- 1 全ての項目について記入してください。また、「開設者」、「開設なし(勤務施術者)」、「開設なし(出張専門)」、「出張専門」の部分については、次の通り○をつけてください。

【**施術所を開設している施術者**】の場合、「開設者」に○をつけてください。

【**施術所を開設せず勤務施術者**】の場合、「開設なし（勤務施術者）」に○をつけてください。

【**施術所を開設せず出張専門の施術者**】の場合、「開設なし（出張専門）」に○をつけてください。
施術所の所在地にご自宅の住所を記載してください。

【**施術所を開設しているが出張専門の施術者**】の場合、「出張専門」に○をつけてください。

※ いずれの場合も、「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可もしくは指定を受け又は届け出た正式な名称を用いてください。

2 〈開設者氏名〉は、施術所の開設者の氏名を記載してください（開設者が法人の場合は法人名と肩書の記載をしてください。）。

3 〈加入団体名称〉は、該当団体に○をつけてください。

記載のある5つの団体以外に加入されている場合は、「その他の団体」に○をし、加入団体の名称を記載してください。加入されている団体がなければ「なし」に○をつけてください。

4 〈申請者の住所〉は、施術者の自宅住所を記載してください。