

(表)

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

名 称	(フリガナ)		医療機関コード										
所 在 地	〒 ー (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・氏名を記入) (訪問看護事業者のみ「生年月日」欄と「住所」欄の記入)	氏 名	(フリガナ)											
	生年月日	年 月 日 ※訪問看護事業者のみ記入してください。											
	住 所	〒 ー ※訪問看護事業者のみ記入してください。											
管理者の情報	氏 名	(フリガナ)											
	生年月日	年 月 日 ※訪問看護事業者のみ記入してください。											
	住 所	〒 ー ※訪問看護事業者のみ記入してください。											
診 療 科 名													
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中		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 ※開設者が法人の場合は、該当「無」となります。	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。					
指定希望年月日	年 月 日 (新規申請の場合のみ記入してください)												
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 (更新申請の場合のみ記入してください)												

上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

高知市長 様

住所

申請者(開設者)

氏名

## 注意事項

- 1 この書類は、高知市長宛に直接高知市福祉事務所(福祉管理課)まで提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、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。

## 記入要領

- 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、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には名称の次に「(診療所)」のように記入してください。
- 3 「**医療機関コード**」は、保険医療機関番号を記入してください。
- 4 「**所在地**」は、ビル・マンション名も記入してください。
- 5 「**開設者の情報**」は、開設者が法人の場合、「**氏名**」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記入し、「**住所**」に法人の主たる事務所の所在地を記入してください。  
※「**生年月日**」と「**住所**」は訪問看護事業者のみ記入してください。
- 6 「**管理者の情報**」の「**生年月日**」と「**住所**」は訪問看護事業者の場合のみ記入してください。
- 7 「**診療科名**」は、標榜する診療科名を記入してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記入してください。  
※薬局の場合、「**診療科名**」は記入の必要はありません。
- 8 「**健康保険法による指定**」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記入してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日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入してください。
- 9 「**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場合は「有」を○で囲んでください。  
※開設者が法人の場合は、「無」を○で囲んでください。
  - 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
- 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訪問看護事業者のみ記入してください。
- 11 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記入してください。