

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) コウチ〇〇シンリョウジョ	医療機関コード	0	1	9	9	9	9
	高知〇〇診療所							
所在地	〒 780-0000 高知市本町5丁目1番45号 (TEL 088-823-9999)							
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)	コウチ タロウ 高知 太郎					
		開設者が個人の場合	イリョウホウジン〇〇カイリジツョウ □□ △△ 医療法人〇〇会 理事長 □□ △△					
	開設者が法人の場合							
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	〒 -		※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)	トサ ハナコ					
			土佐 花子					
	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	〒 -		※訪問看護事業者のみ記入してください。					
診療科名	内科, 小児科							
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有	・	指定申請中	有効期間	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。	<input checked="" type="radio"/> 有	・	<input type="radio"/> 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"/>			
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 〇〇年 □□月 △△日

高知市長 様

申請者(開設者)

住所

氏名

【開設者が個人の場合】

高知市△△町〇〇番〇〇号

高知 太郎

【開設者が法人の場合】

高知市△△町〇〇番〇〇号

医療法人〇〇会 理事長 高知 太郎