

(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) コウチ○○シンリョウジョ	医療機関コード	0	1	9	9	9	9
	高知○○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○○カイリジツョウ □□ △△ 医療法人○○会 理事長 □□ △△					
	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	※訪問看護事業者のみ記入してください。					
	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 ○○ 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。	<input 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 ○○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○○番○○号

高知 太郎

【開設者が法人の場合】

高知市△△町○○番○○号

医療法人○○会 理事長 高知 太郎