

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住 所

氏 名

(法人にあつては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

生活保護法第49条の規定による生活保護法指定医療機関の指定又は指定更新を受けたいので、次のとおり申請します。

名 称			医療機関コード	
所 在 地	〒			
連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号	
開 設 者 (法人の場合は、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)	氏名		生 年 月 日	
	住 所	〒		
管 理 者	氏名		生 年 月 日	
	住 所	〒		
診 療 科 名				
健康保険法による指定	有・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	有 ・ 無			
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 (更新の場合のみ記載)			

(注意)

- 1 この書類は、高松市長宛に提出してください。
- 2 申請書の添付書類として、指定の欠格事由に該当しない旨の誓約書を提出してください。
- 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。
- 4 貴機関等が指定された場合には、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条の規定により、指定医療機関として指定されたこととなります。

(記載要領)

- 1 表題の「指定・指定更新」の部分は、指定又は指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 申請者の署名は、法人の場合、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。
- 3 「名称」は、医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 4 「医療機関コード」は、保健医療機関番号を記載してください。
- 5 開設者が法人の場合は、「氏名」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
- 6 管理者の氏名は、医療法等により届出等を行った管理者の氏名を記載してください。
- 7 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
※薬局の場合、「診療科名」は記載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」又は「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載してください。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載してください。
※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載してください。
- 9 「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49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 10 「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、歯科医師若しくは調剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの