

生活保護法等指定医療機関(指定)・指定更新 申請書

生活保護法第49条(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
(以下、「中国残留邦人等支援法」という。)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
1の自立の支援に関する法律
定に基づく指定機関を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

記入例

名称	(フリガナ) アイリスクリニック アイリスクリニック		
連絡先	電話番号	(0555) 11-1234	
	FAX番号	(0555) 11-1234	
所在地	〒 444 - 4321	医療機関コード 2 2 2 2 2 2 2	
	一宮市一宮1丁目1番1号		
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名	(フリガナ) イリョウホウジンアイリス リジチョウ アイチ タロウ 医療法人アイリス	
	住所	理事長 愛知 太郎	生年月日 年 月 日
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) アイチ タロウ 愛知 太郎	生年月日 昭和40年1月1日
	住所	〒 444 - 1234 愛知市愛知2丁目2番2号	
診療科名	内科、外科		
健康保険(介護保険)による指定(介護保険による指定)	有効期間	令和3年5月1日から 令和9年4月30日まで	
生活保護法第49条において規定する指定薬局の該当の有無	有 ・ 無		
中国残留邦人等支援法第14条第4項において、その例とされた指定を希望しない(希望しないに○を記入)	希望しない		
適用希望日	年 月 日 ※希望がある場合のみ記入		
適用希望日の希望理由(該当するものに○、その他理由は内容を記載)	開設 ・ 開設者変更 法人化 ・ 移転 ・ 生活保護受給者の利用があったため その他理由:		
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 ※更新の場合のみ記入		

①「指定」を選択してください

②「保険医療機関指定通知書」に記載の名称

③「保険医療機関指定通知書」に記載の医療

④開設者が法人の場合、生年月日の記載の必要はありません

⑤診療所の所在地ではなく、管理者本人の住所を記載してください

⑥お手持ちの保険医療機関指定通知書を確認してください
通知書が見当たらない場合、東海北陸厚生局のホームページにて確認できます
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei.html

⑧厚生労働大臣が認定した「特定中国残留邦人及び配偶者」の方を対象にした制度になります
指定を希望しない方のみ「希望しない」に○を付けてください

⑨記載は不要です

⑩
・申請者＝開設者となります
・申請者が法人の場合は、事務所の所在地及び法人名とその代表者の職・氏名を記入
・申請者が個人の場合は、住所・氏名を記入

令和3年6月1日 (申請年月日)

(あて先)一宮市長

〒 444 - 1234
住所 愛知市愛知2丁目2番2号

申請者(開設者)

TEL (0555) 22 - 1234

氏名 医療法人アイリス 理事長 愛知太郎

- ⑦該当「有」となる場合
- ・開設者が個人であり、開設者のみが診療、調剤を行っている場合
 - ・開設者が個人であり、開設者以外に同一世帯の親族のみが診療、調剤を行っている場合
- 該当「無」となる場合
- ・開設者が法人である場合
 - ・開設者が個人であり、開設者以外に親族ではない医師等が定期的に診療、調剤を行っている場合