|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ― |  |  |  |  |

**生活保護法**

様式第１号

**中国残留邦人等支援法　指定医療機関　指定・指定更新　申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）川口市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）

　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職名、氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　住所 　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　以下のとおり指定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　）　　　－ |
| 開設者氏名及び生年月日**※法人の場合、法人名称のみ** |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 |
| 開設者住所**※法人の場合は主たる事務所の所在地** | 〒　　　－ |
| 管理者氏名及び生年月日 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 |
| 管理者住所 | 〒　　　－ |
| 健康保険法による指定 | 医療機関コード | 有効期間 | 　年　　月　　日から　年　　月　　日まで |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 診療科目（業務の種類） |  |
| 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※該当有の場合①**開設者のみ**が診療や調剤をしている。②**開設者と同一世帯に属する配偶者、直系血族又は兄弟姉妹のみ**が診療や調剤をしている。**※開設者が法人の場合該当無** | 有・無 | 左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。 | 氏　名 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 指定を希望する日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 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） |

記載要領

　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〇で囲んでください。

　２　開設者が法人の場合、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載し「氏名」に法人の名称及び代表

　　者の氏名・役職名（代表取締役等）を記載してください。

　３　「医療機関名」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」は保険医療機関番号を記載してください。

　５　「健康保険法による指定」の「有効期間」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。

　　※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。

　６　「診療科目（業務の種類）」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。

　７　「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①・②のいずれかに該

　　当するものであり、②に該当する場合には、診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬

　　剤師の氏名を記載してください。但し、**開設者が法人の場合（勤務医若しくは勤務薬剤師が１名の場合も含**

**む）は該当しませんのでご注意ください。**

　　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。

　　　※個人で開業し、開設者以外に勤務している医師、歯科医師若しくは薬剤師がいない場合に該当します。

　　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。

　**※※これらについては、指定の効力を失う日前６月から同日前３月までの間に別段の申し出のないときは、**

**更新の申請があったものとみなします。（更新は必要ありません）**

　８　「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場合に、記載してください。