

生活保護法
中国残留邦人等支援法

指定医療機関 指定申請書

新規・更新	生活保護法による指定有効期間満了日(更新の場合のみ記載)		令和 年 月 日
業務の種類	(1)医科 (2)歯科 (3)薬局 (4)訪問看護ステーション		
名称	(フリガナ)		
所在地	〒 -		
	Tel () -		
開設者	氏名	(フリガナ)	
		※法人の場合は法人名称	
	生年月日	年 月 日	
		※法人の場合は記載不要	
	住所	〒 -	
		※法人の場合は主たる事務所の所在地 個人の場合は自宅住所	
管理者	氏名	(フリガナ)	生年月日
			年 月 日
	住所	〒 -	
		※自宅住所を記入	
診療科名			
健康保険法による指定	医療機関等コード(7ケタ)	健康保険法による指定期間	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
介護保険法による指定(訪問のみ)	介護事業者番号(10ケタ)	介護保険法による指定期間	
		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項に規定する診療所又は薬局の該当の有無	チェック欄 <input type="checkbox"/>	①開設者のみが診療もしくは調剤に従事している ②開設者および同一の世帯に属する配偶者、直系血族もしくは兄弟姉妹のみが診療もしくは調剤に従事している ①または②に該当する場合は、左のチェック欄にチェックしてください。	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者(開設者)の氏名及び住所

奈良市長 〒 -
住所

※法人の場合は主たる事務所の所在地
個人の場合は自宅住所

氏名 印

※法人の場合は法人名称及び法人印

Tel

注意事項

- 1 この申請書は、奈良市長(福祉部保護第二課)あてに直接提出してください。(送付可)
- 2 指定された場合には、奈良市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 生活保護法の指定を受けるには、すでに健康保険法(訪問看護ステーションにおいては介護保険法)の指定を受けている必要があります。保険医療機関(訪問看護ステーションにおいては介護機関)の指定通知書の写しを添付してください。
- 4 申請する場合には、欠格事由に該当しない旨の誓約書を必ず添付してください。

記載要領

- 1 「新規」または「更新」のいずれかを○で囲んでください。更新の場合は、直近の生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定通知書に記載されている指定の有効期間満了日を「生活保護法指定期間満了日」欄に記載してください。
- 2 「業務の種類」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 3 「名称」及び「所在地」欄は、近畿厚生局が発行する健康保険法の指定通知書(訪問看護ステーションにおいては介護保険法の指定通知書)に記載の名称及び所在地を記載してください。
- 4 「開設者」欄は、個人開設の場合は開設者の氏名、生年月日及び自宅住所を記載してください。開設者が法人の場合は、「氏名」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。近畿厚生局に提出した名称・住所を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「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。
- 6 「管理者」欄は、管理者又は管理薬剤師の氏名、生年月日及び自宅住所を記載してください。近畿厚生局に提出した氏名・住所を記載してください。
- 7 「健康保険法による指定」欄は、近畿厚生局が発行する直近の健康保険法の指定通知書に記載されている医療機関等コード及び指定期間(訪問看護ステーションにおいては指定年月日)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、介護保険法の指定期間を記載してください。
※新規開設の場合は、空欄でもかまいません。
- 8 「介護保険法による指定」欄は、訪問看護ステーションのみ、直近の介護保険法の指定通知書に記載されている事業者番号及び指定期間を記載してください。
- 9 「生活保護法第49条の3第4項に規定する診療所又は薬局の該当の有無」欄は、①または②に該当する場合は、チェック欄にチェックしてください。該当有の医療機関は、別段の申し出がない限りは、更新の申請があったものとみなされますので、更新申請書の提出は不要です。(申請書不要で奈良市が通知書を送付します。)
- 10 「申請者(開設者)の氏名及び所在地」欄は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
- 11 指定日については、別段の申し出がない限り、保険医療機関の指定日と同一の年月日とします。