

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

記入例

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) イヨウホウジンギンナカイクリニック 医療法人銀杏会 奈良クリニック	
所在地	〒630-1111 奈良市二条大路南一丁目1番2号 Tel (0742)34-0000	
開設者	氏名	(フリガナ) イヨウホウジンギンナカイ 医療法人銀杏会 <small>※法人の場合は法人名称</small>
	生年月日	年 月 日 <small>※法人の場合は記載不要</small>
	住所	〒630-1111 奈良市二条大路南一丁目1番3号 <small>※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</small>
管理者	氏名	(フリガナ) セト タロウ 遷都 太郎 生年月日 1950 年 1 月 1 日
	住所	〒630-1111 奈良市二条大路南一丁目1番4号 <small>※自宅住所を記入</small>
診療科名	内科	
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
	1111111	令和元年5月1日から 令和7年4月30日まで
介護保険法による指定(訪看のみ)	介護事業者番号(10ケタ)	介護保険法による指定期間
	2961111111	令和元年5月1日から 令和7年4月30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 checked="" 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。

令和元年5月1日

提出年月日を記載してください。

申請者(開設者)の氏名及び住所

〒630-1111

住所 奈良市二条大路南一丁目1番3号

奈良市長

氏名 医療法人銀杏会

印

Tel 0742-34-0000

朱肉印を使用してください。
法人の場合は法人印を押印してください。

※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

※法人の場合は法人名称及び法人印