

生活保護法
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定配偶
者の自立の支援に関する法律

指定医療機関 指定・指定更新 申請書

記入例

生活保護法第49条の2第1項(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律において準用する場合を含む)の規定に基づき、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

名称	1 (フリガナ) イリョウホウジントヨナカカイ トヨナカクリニック 医療法人豊中会 豊中クリニック	2 医療機関 コード	4	0	5	4	3	2	1
所在地	〒 561 - 0881 豊中市中桜塚〇丁目〇番〇号 電話 06 - 8888 - 7777								
開設者	氏名 (法人の場合は 名称及び代 表者氏名)	(フリガナ) イリョウホウジントヨナカカイ リジチョウ トヨナカ イチロウ 医療法人豊中会 理事長 豊中 一郎							
管理者	氏名	(フリガナ) サクラヅカ ハナコ 桜塚 花子							
診療科名	内科、小児科 薬局の場合は記載不要								
健康保険法による指定	<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 有 (申請中を含む)								
健康保険法による指定期間	3 令和5 年 12 月 1 日 から 令和11 年 11 月 30 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	チェック欄 <input type="checkbox"/>	開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、または開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系親族若しくは兄弟姉妹である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している場合は左のチェック欄にチェックしてください。(法人の場合は、実質的におひとり運営されておられても該当しません。)							
誓約事項	チェック欄 <input checked="" type="checkbox"/>	生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約 *必ず、別紙指定欠格事由に該当しないことを確認してから左のチェック欄にチェックを入れてください。							
指定希望年月日	令和5 年 12 月 1 日 (新規の場合のみ記載)								

①略称等を用いることなく健康保険法により指定を受けた名称を記載してください。

②近畿厚生局から抽出された7ケタのコードを記載してください。提出時点で未定の場合は空白で結構です。

③新規、更新に関わらず、健康保険法による指定申請中の場合は、指定を受ける予定の期間を記載してください。

④申請書の提出日を記載してください。

4 令和5年 11月 15日

豊中市長様

申請者
(開設者)

住所(法人の場合は主たる事務所の所在地)

〒 560 - 0082

大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇〇号

氏名(法人の場合は法人名称及び代表者の氏名)

医療法人豊中会 理事長 豊中 一郎

<注意事項>

- 記載にあたっては記入例をご参照ください。
- 貴機関が指定された場合には、豊中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。