

生活保護法・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

生活保護法第49条の規定及び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第14条第4項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|---------|-------------|---------|--|---------|---|---|---|
| 名 称 | (フリガナ) | | 医療機関コード | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 区 分 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護 | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 - () - | | | | | | | | | |
| 開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載) | 氏名(名称) | (フリガナ) | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | 住所(所在地) | 〒 - () - | | | | | | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 | (フリガナ) | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 〒 - () - | | | | | | | | |
| 診 療 科 名 | | | | | | | | | | |
| 病 床 数 | 一般 | 床 (床) | | 結核 | 床 (床) | | | | | |
| | 療養 | 床 (床) | | 感染症 | 床 (床) | | | | | |
| | 精神 | 床 (床) | | | | | | | | |
| 健康保険法による指定 | 有 ・ 指定申請中 | | | 有効期間 | 年 月 日から | | 年 月 日まで | | | |
| 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定 | 有 ・ 無 ・ 指定申請中 | | | 年 月 日指定(申請) | | | | | | |
| 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 | 有 | 左欄の「有」に該当する場合、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がいる場合、その医師、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 | | | | | | |
| | 無 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |

年 月 日

(申請先)

長 崎 県 知 事 様

〒 -
住 所

申請者(開設者)

〒 () -

氏 名

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 2 申請書を提出する際は、誓約書を添付してください。
- 3 貴機関が新たに指定された場合には、長崎県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 4 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

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○で囲んでください。
- 2 「名称」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。
- 3 「区分」は「病院」・「診療所」・「薬局」・「訪問看護」のいずれかを○で囲んでください。
- 4 「医療機関コード」は保健医療機関番号又は訪問看護ステーションコードを記載してください。
- 5 開設者が法人の場合、「氏名（名称等）」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所（所在地）」に法人の主たる事務所の所在地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がありません。
- 6 「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。
- 7 「病床数」は休床中の病床も含めて医療法により都道府県知事若しくは保健所を設置する市の市長に許可を受け、又は届け出た病床数を記入し、休床数を（ ）内に記入してください。
- 8 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合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。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った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、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 9 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定」は申請時点における結核指定医療機関としての指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は指定年月日を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、結核指定医療機関の指定の申請を行った日を記載してください。
- 10 「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。
- 11 「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指名を記載してください。
 - 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
 - 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
- 12 申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記入例

生活保護法・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

「指定」を○で囲んで下さい。

生活保護法第49条の規定及び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第14条第4項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

| | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| 名 称 | (フリガナ) エドクリニック 江戸クリニック | 医療機関コード | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 区 分 | 該当のものを○で囲んで下さい。 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> | 保健医療機関番号またはステーションコード | |
| 所在地 | 〒855-0000 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇-〇のように省略せず、〇番〇号または〇番地と記入してください。 TEL (0957) 〇〇 - 〇〇〇〇 | | |
| 開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載) | 氏名(名称等) (フリガナ) エド タロウ 江戸 太郎 | 法人の場合は法人の名称及び代表者の職(肩書)・氏名 | |
| | 生年月日 昭和40年 1 月 1 日 | 法人の場合は空欄 | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 (フリガナ) エド ジロウ 江戸 二郎 | 生年月日 昭和45年 5 月 5 日 | |
| | 住所 〒855-0000 〇〇市〇〇町〇番〇号 | 管理者個人の住所 | |
| 診療科名 | 標榜する診療科名。主たる診療科を最初に記入してください。 内科、消化器科、循環器科 | | |
| 病床数 | 一般 5 床 () 療養 床 () | 県知事または市長に許可を受け、又は届けた病床数を記入してください。()内は休床数を記入してください。 | |
| 健康保険法による指定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 指定申請中 | 有効期間 | 令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで |
| 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 指定申請中 | 年 月 日 指定(申請) | |
| 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 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | いずれかを○で囲み、「有」または「指定申請中」の場合は、結核指定医療機関の指定日又は申請日を記入してください。 氏 名 | |
| 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 | 空欄 年 月 日 (更新の場合のみ記載) | | |

令和3年9月1日

(申請先) 提出日を記入してください。

長崎県知事様

〒855-0000

住所 〇〇市〇〇町〇番〇

申請者(開設者)

TEL (0957) 〇〇 - 〇〇〇〇

開設者の住所、氏名を記入してください。開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職(肩書)・氏名を記入してください。

江戸 太郎

個人開設の場合は、開設者個人の住所
法人の場合は主たる事務所所在地

☆☆☆注意☆☆☆
こちらの欄は、必ずこの記入例裏面のフローチャート及び申請書裏面の記載要領11をよく確認し、いずれかを○で囲んで下さい。

『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』欄
の記載方法について

