

## 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

令和●●年●●月●●日

(あて先)

さいたま市長

&lt;申請者(開設者)の住所、氏名、生年月日、役職名等&gt;

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名・役職名)

〒●●●●-●●●●

住所：さいたま市○○○区▲▲1-2-3

氏名：医療法人社団 ◆◆会

役職名：代表取締役 ★★ ★★

生年月日：S・㊦ ■年■月■日 (担当者：●● ●●)

生活保護法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に規定される指定医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

業務の種類	訪問看護ステーション <small>*医科・歯科・薬局は別様式</small>							
医療機関名	◆◆◆◆訪問看護ステーション							
所在地	〒●●●●-●●●● さいたま市○○○区▲▲1-2-3 電話番号(048)○○○-○○○○							
管理者氏名及び生年月日	○○ ○○	生年月日	S・㊦ ■年■月■日					
管理者住所	〒●●●●-●●●● さいたま市○○○区▲▲1-2-3							
健康保険法による指定	ステーションコード	1	2	3	4	5	6	7
	指定の有無	㊦・申請中		有効期間	●年●月●日から ●年●月●日まで			
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事項 (※2)	<チェック欄> <input type="checkbox"/> ※「指定欠格事由」に該当しないことを確認後、左のチェック欄に(☑)してください。							
指定希望日	令和●●年●●月●●日							
生活保護法指定期間満了日	令和▲年▲月▲日 (更新の場合のみ記載)							

(※1) 有効期間とは関東信越厚生局から発行されている「保険医療機関指定通知書」に記載されている指定の期間です。

(※2) HPに掲載している「指定欠格事由」に該当しないことを確認した上で、チェックしてください。

<注意事項>

- 1 この書類は、所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。
- 2 貴機関が指定された場合には、さいたま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 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、指定の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 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。

※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。

- 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 「ステーションコード」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」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「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、「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。

- 6 「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事項」については、「指定欠格事由」に該当しない場合、チェック欄に（）してください。
- 7 「生活保護法指定満了日」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。