

※初めて指定申請を行う場合は「指定」に、2回目以降の申請の場合は「指定更新」を選択する。

留邦人等の円滑な帰国
医療機関【指定・指定更新】
者の自立の支援に

医療機関【指定・指定更新】

法人開設者用記載例

名称	(フリガナ) 医療機関名を記載する。	医療機関コード	保険医療機関コードを記載する。	
所在地	医療機関の所在地(方書も含む)、電話番号、FAX番号を記載する。			
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)	(フリガナ) 医療機関の開設者である法人の名称と代表者の職名及び代表者の氏名を記載する。	生年月日	空欄のままで結構です。	
	開設者の所在地(法人の主たる事務所の所在地)を記載する。			
管理者の氏名及び住所	(フリガナ) 氏名 医療機関の管理者の氏名を記載する。	生年月日	管理者の生年月日を記載する。	
	住所 管理者の住所(住民票に記載されているもの)を記載する。			
診療科名	標榜する診療科名を記載する。(薬局は不要) ※複数ある場合は、主たる診療科を最初に記載する。			
病床数	一般	床()床	結核	床()床
	休床中の病床も含めて記載し、休床中の病床数()内に再掲として記載する。()床			
健康保険法による指定 (訪問看護事業者で、介護保険法の指定を受けている場合は介護保険法の有効期間)	保険医療機関の場合は、「有」を選択し、申請時における保険医療機関の有効期間を記載する。			
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・無	氏名 左欄の「有」に該当する場合は、左欄の氏名を記載し、右欄の氏名を記載する。 「無」を選択する。氏名欄は空欄のままで結構です。		
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	「指定更新」を選択した時のみ記載する。(記載)			
適用希望日 (旧法による指定がある(既に生活保護法による指定がある)場合及び更新申請の場合は記載しない)	「指定」を選択し希望日がある場合に記載する。希望日を記載した場合は、申請書裏面の項目10を参考に希望する理由を記載する。		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よる指定を希望しない場合は、右欄に×を記入してください。	

上記の指定申請書を作成した年月日を記載する。
※誓約書と同じ年月日になります。

(申請元)
名古屋市長

申請者(開設者)

住所
氏名

開設者の所在地(法人の主たる事務所の所在地)と法人の名称と代表者の職名及び代表者の氏名を記載し、法人印を押印する(法人代表者の個人印は不可ですので、ご注意ください)

希望しない場合のみ「×」を記載する。

印

印

(捨印)

それぞれ同一の印鑑を押印する。