

医療機関【指定・指定更新】申請書

法人開設者用

名称	(フリガナ) マルマルピョウイン 〇〇病院	医療機関コード	2 0 1 4 0 6 1
所在地	〒111-1111 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 △△ビル2階 (電話番号) 052-222-2222 (FAX番号) 052-222-3333		
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) アブシキガイシャ サンカクサンカク ナヨヤクロ 株式会社△△ 代表取締役 名古屋一郎	生年月日	年 月 日
管理者の氏名及び住所	(フリガナ) ナヨヤ タロウ 名古屋 太郎	生年月日	S61年 2月 6日
診療科名	整形外科		
病床数	一般 3床 () 床 療養 床 () 床 精神 床 () 床	結核 床 () 床 感染症 床 () 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)	有 ・ 指定申請中	有効期間	H 2 6 年 7 月 1 日から H 3 2 年 6 月 3 0 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	有 無	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	年 月 日 (更新の場合のみ記載)		
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)	平成 27 年 7 月 1 日	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。	

どちらか該当するものを丸で囲む。平成26年7月1日以降に初めて提出する際は、「指定」。

医療機関の正式名称と、保険医療機関番号を記載する。

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。

「氏名」欄に法人の名称と代表者の職・氏名、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載する。(生年月日は不要)

医療機関の管理者の氏名、生年月日、管理者の住所(住民票に記載されているもの)を記載する。

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。

休床中の病床も含めて記入し、休床中の病床数を、()内に再掲として記載する。

保険医療機関の場合は、必ず「有」に○をつけ、健康保険法の有効期間を記載する。
※健康保険法の指定がないと、生活保護法の指定は受けられません。

法人が開設者の場合は、必ず「無」に○をつけ、「氏名」欄は空欄にする。

平成26年7月1日までに生活保護法の指定があった医療機関が、初めてこの様式を提出する際は、空欄になる。
2回目からの更新申請の際は、前回の生活保護法による指定の指定指令書に記載された有効期間満了日を記載する。

平成26年7月1日までに生活保護法の指定があった医療機関は、空欄。元々生活保護法による指定を受けていなかった医療機関については、指定の希望日がある場合に記載する。
希望日がある場合、希望する理由を、裏面の項目10を参考に記載する。

希望する場合は空欄、希望しない場合は×を記載する。

法人名、法人の住所、法人の代表者名を記載し、法人の代表印を押印する。
※法人の代表者の個人印は不可。

上記のとおり指定を申請します。

平成 26 年 8 月 1 日

(申請先)
名古屋市長

申請者(開設者)

〒111-1111
住所 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 △△ビル3階
氏名 株式会社△△
代表取締役 名古屋 一郎

印

指定申請書を作成した日付を記載する。
注:誓約書の日付と同じ日になります。