

医療機関【指定・指定更新】申請書

個人開設者用

| | | | |
|--|---|---|--|
| 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) | 生年月日 S63年2月18日 |
| 開設者の氏名、生年月日、住所 | (フリガナ) ナゴヤ タロウ 名古屋 太郎 | 住所 〒111-1111 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 △△ビル3階 | |
| 管理者の氏名及び住所 | (フリガナ) ナゴヤ ジロウ 名古屋 次郎 | 住所 〒111-1111 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 △△ビル3階 | 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 | 名古屋 次郎 |
| 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 希望する理由: 開設 |
| | | | 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。

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

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。
※ 開設者と管理者が同じ場合は、各欄に「同上」という記載でも構いません。

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。

個人開設の場合で、①開設者のみが主に診療・調剤を行っている場合または、②開設者の同居の親族のみが診療・調剤を行っている場合は「有」に○を、それ以外の場合は「無」に○をつける。
※②に該当する場合は、その診療・調剤を行っている親族の氏名を記載する。

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。

開設者の住所、氏名を記載し、印を押す。(シヤチハタは不可)

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 名古屋 太郎

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。