生活保護法・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律指定

※

［ ~~助産機関~~ ・ 施術機関 ］指定申請書

助産機関は二重線で消す

生活保護法第55条第1項及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項において生活保護法の規定の例によるとされた生活保護法第55条第1項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

(1)	助産師・施術者氏名	フリガナ セジュツ タロウ 施術 太郎			
(2)	生年月日	大正 ・ (昭和) ・ 平成 63年 2月 18日			
(3)	住所	〒△△△－△△△△ 名古屋市 中区三の丸三丁目1番1号			
(4)	助産所・施術所の名称	フリガナ マルマルシンキュウイン ○○鍼灸院			
(5)	助産所・施術所の開設者氏名	フリガナ セジュツ ハナコ 施術 花子			
(6)	助産所・施術所の所在地 (住所と同じ場合は「同上」と記載してください)	〒 － 同上			
(7)	助産所・施術所の電話番号・FAX番号	TEL(052) 000 － 0000		FAX(052) 000 － 0000	
(8)	業務の種類 (該当するものに○)	助産	あん摩・マッサージ	柔道整復	(はり・きゅう)
	名簿登録番号	第 号	第 号	第 号	第 2014 号
(9)	(8)で**あん摩・マッサージ及びはり・きゅう**に○をつけた場合は愛知県鍼灸マッサージ師会、**柔道整復**に○をつけた場合は愛知県柔道整復師会への加入の有無を右欄に記載してください。			有 ・ (無)	
(10)	適用希望日	平成 年 月 日 ※希望がある場合のみ記入			
	適用希望日の希望理由 (該当するものに○、その他理由は内容を記載)	(開設) 開設者変更 法人化 移転 生活保護受給者の[illegible]があった			
		その他理由:			
(11)	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条4項において、その例によるとされた指定を希望しない場合は、右欄に×を記入してください。				

当該指定申請を行う施術者の情報を記載する。

施術所の情報を記載する。

正式名称を記載
(略称不可)
※施術所を開設せず、出張施術業務を行う場合は『(出張専門)』と記載する。

該当する施術に○を付け、名簿登録番号を記載する。

会員の場合は「有」、非会員の場合は「無」に○をつけてください。

適用希望日がある場合は、日付を記載し、希望理由に該当するものに○をつけるか、その他理由欄に理由を記載する。特に希望がない場合は、福祉事務所が受け付けた日付で指定するため、(10)の記載は不要。

希望しない場合のみ、×を記載する。

(平成 年 月 日)

<宛 先>
名 古 屋 市 長

申請者 住所
氏名 印

指定を希望する施術者の氏名及び住所を記載する。

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。