

※裏面の注意事項、記載要領をご確認したのち記載してください。

名称	(フリガナ)		医療機関コード	保険医療機関コードを記載する。						
	医療機関名を記載する。									
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)	(氏名称名)	(フリガナ)		生年月日	開設者の生年月日を記載する。					
		医療機関の開設者の氏名を記載する。								
	(所在地)	〒 開設者の住所(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一人物の場合は、各欄に「同上」と記載しても構いません。	氏名	(フリガナ)		生年月日	管理者の生年月日を記載する。					
		医療機関の管理者の氏名を記載する。								
日、住所	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。									
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)	年 月 日 から 年 月 日 まで 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	①開設者のみが主に診療もしくは調剤を行っている場合 ②開設者の同居の親族のみが診療もしくは調剤を行っている場合 については、「有」を選択し、それ以外の場合は「無」を選択する。									
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。									
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9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。					

上記のとおり指定を申請します。

指定申請書を作成した日付を記載する。
※誓約書と同じ日付になります。

上記申請内容につき、記入誤り等の際には適宜訂正されることに同意します。

氏名 (自署)

記入誤り等があった場合の訂正について、事前に同意いただける場合は署名欄に開設者の方の氏名を自署して下さい。

申請先
名古屋市長

〒
住 所

申請者(開設者)
氏 名

希望しない場合のみ
「×」を記載する。

開設者の住所(住民票に記載されているもの)と開設者の氏名を記載する。