

生活保護法等指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法及び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規定される指定医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

名 称	(フリガナ) _____	医療機関コード								
所在地	〒 _____ Tel (_____) _____									
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)	(名称) 氏名	(フリガナ) _____								
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日								
	(所在地) 住所	〒 _____								
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) _____				生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日			
	住所	〒 _____								
診療科名	_____									
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中 (_____ 年 _____ 月 _____ 日申請)					有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定	有 ・ 無 ・ 指定申請中					_____ 年 _____ 月 _____ 日指定(申請)				
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	左欄の「有」に該当する場合は、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					

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)									
指 定 希 望 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日									

※必ず健康保険法の指定通知写しを添付願います。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先)

静 岡 県 知 事 様

〒 _____
住 所

申請者(開設者)

Tel (_____) _____

氏 名

注意事項

- 1 この書類は、静岡県知事あてに医療機関の所在地若しくは住所地を管轄する福祉事務所（市役所）を経由して提出してください。（町に所在する場合の提出先は次のとおり。賀茂郡：賀茂健康福祉センター、田方郡・駿東郡：東部健康福祉センター、榛原郡・周智郡：中部健康福祉センター）
また、提出の時には、「生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号までに該当しない旨の誓約書」を添付してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、静岡県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名（名称等）」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所（所在地）」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 6 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。健康保険法の指定通知写しを添付してください。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 7 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定」は、申請時点における結核指定医療機関としての指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は指定年月日を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、結核指定医療機関の指定の申請を行った日を記載してください。
- 8 「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」とは、以下のいずれかに該当するものであり、②に該当する場合には、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の氏名を記載してください。
 - ① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
 - ② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 9 「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」については、生活保護法第 49 条の 3 第 1 項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 10 申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。