

生活保護法等指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条の規定により、次のとおり生活保護法による指定を申請(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第14条第4項により、中国残留邦人等に対する医療支援給付の指定申請も兼ねます)します。

医療機関名称	(フリガナ)	医療機関コード								
所在地	〒 -									
	TEL () -									
開設者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (名称)	(フリガナ)								
		※法人の場合は「法人名称」及び「代表者の職・氏名」								
	生年月日	年 月 日								
		※法人の場合は記入不要								
	住所 (所在地)	〒 -								
		※法人の場合は主たる事務所の所在地								
管理者又は管理薬剤師の氏名、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 (又は介護保険法) による指定	有 ・ 指定申請中						有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
勤務医等	<チェック欄> <input type="checkbox"/>	以下のいずれかに該当する場合はチェック欄にチェックしてください。(法人の場合は記入不要) ・開設者のみが診療や調剤を行っている。 ・開設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のみが診療や調剤を行っている。								
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	年 月 日 (更新の場合のみ記載)									

< 申請者(開設者)の住所及び氏名 >

年 月 日

(※法人の場合は主たる事務所の所在地、法人名称及び代表者の職氏名)

〒 -

千葉県知事様

住所:
(所在地)

TEL () -

氏名:
(名称)

担当者
連絡先 TEL () -

担当者名

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 申請をする場合には、「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」を必ず添付してください。
- 3 貴機関が新たに指定された場合には、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。
- 4 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。歯科併設の場合、歯科コードも記載してください。
- 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 「管理者または管理薬剤師の氏名、生年月日及び住所」欄は、医科、歯科、訪問看護ステーションにおいては管理者について、薬局においては管理薬剤師について、その氏名、生年月日及び自宅住所を記載してください。
- 6 「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。
- 7 「病床数」は、休床中の病床も含めて医療法により都道府県知事に許可された病床数を記入し、休床数を()内に記入してください。
- 8 「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。
※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。
- 9 「勤務医等」とは、以下のいずれかに該当する場合はチェック欄にチェックしてください。
① 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を行っている。
② 開設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のみが診療若しくは調剤を行っている。
※開設者が法人の場合は記入不要です。
- 10 「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、指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 11 「申請者(開設者)の住所及び氏名」は、法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称及び代表者の職・氏名を記載してください。
- 12 生活保護法による指定日は、原則、毎月20日までに県又は所在地を管轄する福祉事務所が受け付けた月の1日からとなります。20日以降に受け付けた申請は翌月の1日となります。(健康保険法又は介護保険法による指定日以前に受け付けた申請については、健康保険法又は介護保険法による指定日と同日となります。)ただし、下記アからウに該当する場合は、指定日の遡及が認められる場合があります。
ア 指定医療機関の開設者が変更になった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合
イ 指定医療機関が移転し、同日付けで新旧医療機関を開設、廃止した場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合
ウ 指定医療機関の開設者が個人から法人組織に、又は法人組織から個人に変更になった場合で、患者が引き続いて診療を受けている場合