

生活保護法指定 助産師・施術者 指定申請書

氏 名	(フリガナ)	いずれかに○を付けてください
生 年 月 日	年 月 日	1 開設者 2 開設なし(勤務施術者) 3 開設なし(出張専門)
住 所	〒 電話番号	
開設している(勤務している) 助産所又は施術所の名称	(フリガナ)	
開設している(勤務している) 助産所又は施術所の所在地	〒 電話番号	
業 務 の 種 類	助産 ・ あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう ・ 柔道整復	
施 術 団 体 へ の 加 入	無 ・ 有 (団体名: _____)	
適 用 希 望 日	年 月 日	

令和 年 月 日

岡 山 市 長 様

住 所

申 請 者

氏 名

※この申請書は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に基づく指定の申請書を兼ねます。

福祉事務所記入欄 (助産機関・施術機関の方は記入不要です。)

医 療 扶 助 へ の 理 解	
指 定 に つ い て の 意 見	

注意事項

- 1 この書類は、所在地若しくは住所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 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関等 が指定された場合には、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。
- 2 「開設者」、「開設者なし(勤務施術者)」、「開設なし(出張専門)」の部分については、次のとおり○を付けてください。
 - ・施術所を開設している施術者の場合、「開設者」に○を付けてください。
 - ・施術所を開設せず勤務施術者の場合、「開設なし(勤務施術者)」に○を付けてください。
 - ・施術所を開設せず出張専門の施術者の場合、「開設なし(出張専門)」に○を付けてください。
- 3 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してください。
- 4 「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。
- 5 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 施術団体へ加入している場合には、団体名を記入してください。
- 7 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますが、それ以外の日を希望する場合には適用希望日を記載してください。

記載例

生活保護法指定 助産師・施術者 指定申請書

申請書裏面の記載要領を確認の上、選択してください。

氏名	(フリガナ) オカヤマ タロウ	申請をする助産師・施術者の氏名を記載してください。	いずれかに○を付けてください
	岡山 太郎		<input type="checkbox"/> 1 開設者 <input type="checkbox"/> 2 開設なし(勤務施術者) <input type="checkbox"/> 3 開設なし(出張専門)
生年月日	昭和 58年 6月 20日		
住所	〒700-8546 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号 電話番号 086-803-1244	助産師・施術者自身の住所を記載してください。 マンション等にある場合、マンション等の名称、部屋番号まで記載してください。	
開設している(勤務している)助産所又は施術所の名称	(フリガナ) オカヤマモモタロウチリョウイン 岡山桃太郎治療院	開設している施術所又は勤め先の施術所の名称及び住所について、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第9条の2第1項に基づく施術所の開設の届け出のとおり記載してください。 助産所の場合、医療法第7条第1項に基づく開設の申請又は同法第8条に基づく開設の届け出のとおり記載してください。	
開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地	〒700-8544 岡山市北区大供一丁目1番1号 電話番号 086-803-1000		
業務の種類	助産 ・ あん摩マッサージ指圧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> はり ・ <input checked="" type="checkbox"/> きゆう ・ 柔道整復		
施術団体への加入	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (団体名: 社団法人岡山〇〇〇〇協会)		
適用希望日	令和 2年 4月 1日	施術団体へ加入している場合には加入している団体名を記載してください。	

指定の適用を希望する日を記載してください。
(既に岡山市での登録を受けているはり師・きゆう師の方が平成26年7月1日付の指定を受けたい場合には、「平成26年7月1日」と記載してください。)

令和 2年 4月 1日

岡山市長様

押印は不要です。

住所 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号

申請者

氏名 岡山 太郎

※この申請書は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に基づく指定の申請書を兼ねます。

福祉事務所記入欄 (助産機関・施術機関の方は記入不要です。)

医療扶助への理解	この欄は、助産師・施術者の方は記入不要です。
指定についての意見	

注意事項

- 1 この書類は、所在地若しくは住所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 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関等 が指定された場合には、岡山市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。
- 2 「開設者」、「開設者なし(勤務施術者)」、「開設なし(出張専門)」の部分については、次のとおり○を付けてください。
 - ・施術所を開設している施術者の場合、「開設者」に○を付けてください。
 - ・施術所を開設せず勤務施術者の場合、「開設なし(勤務施術者)」に○を付けてください。
 - ・施術所を開設せず出張専門の施術者の場合、「開設なし(出張専門)」に○を付けてください。
- 3 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してください。
- 4 「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。
- 5 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 施術団体へ加入している場合には、団体名を記入してください。
- 7 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますが、それ以外の日を希望する場合には適用希望日を記載してください。