

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

|  |                                |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
|--|--------------------------------|---|--|-----|---|--|--------------------|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>名 称  |                                |   |  |     | 医療機関<br>コード                                   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 所在地  | 〒 _____ TEL _____              |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 開設者の氏名、生年月日、住所<br>※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<br>※個人の場合は、住民登録されている住所を記載 | フリガナ<br>氏名<br>(名称等)            |   |  |     |   | 生<br>年<br>月<br>日                             | _____年 ____月 ____日 |  |  |  |  |  |
|  | 住 所<br>(所在地)                   |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所  | フリガナ<br>氏名                     |   |  |     |   | 生<br>年<br>月<br>日                             | _____年 ____月 ____日 |  |  |  |  |  |
|  | 住 所                            |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 診療科名   |                                |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 病 床 数  | 一般                             | 床 ( _____ 床 )   |  | 結核  | 床 ( _____ 床 )                                 |  |                    |  |  |  |  |  |
|  | 療養                             | 床 ( _____ 床 )   |  | 感染症 | 床 ( _____ 床 )                                 |  |                    |  |  |  |  |  |
|  | 精神                             | 床 ( _____ 床 )   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
| 健康保険法による指定   | 有 ・ 指定申請中                      |   |  |     | 有<br>効<br>期<br>間                              | _____年 ____月 ____日から<br>_____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<br>・<br>無                    | 左欄の「有」に該当する場合で、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。(別紙可。) |  | 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) |   |  |     | ※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。 |  |                    |  |  |  |  |  |
| 適 用  | 適 用 希 望 日                      |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |
|  | 適 用 理 由                        |   |  |     |   |  |                    |  |  |  |  |  |

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

岡 山 市 長 様

住所  
申請者  
(開設者)  
氏名

印

※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 (医療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、岡山市長に直接に、又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 医師、歯科医師、助産師又は施術者が申請する場合には、免許証の写しを添付してください。  
(病院又は診療所の指定を申請する場合は、勤務する医師、歯科医師の免許証の写しは不要です。)
- 3 貴機関等が新たに指定された場合には、岡山市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。
- 4 開設者の欄には、住民登録されている氏名・生年月日・住所を記載してください。  
開設者が法人の場合は、「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 「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。
- 7 「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。
- 8 「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」・「無」・「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。
- 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 「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が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)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が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)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
- 11 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますので、「適用」欄は、それ以前に遡及を希望する場合のみ記載してください。  
なお、希望する場合は、遡及理由及び適用希望日を必ず記載してください。ただし、適用希望日は健康保険法の指定日より前に遡ることはできません。
- 12 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。

指定・指定更新のいずれかを○で囲んでください。

# 生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

## 記載例

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| フリガナ<br>名 称  | オカヤマモモタロウシンリョウジョ<br><b>岡山桃太郎診療所</b>                           |   | 医療機関<br>コード  | 9 9 9 9 9 9 9                                 |
| 所在地  | 〒700-0914<br><b>岡山市北区鹿田町一丁目1番1号</b>                           |   | 44<br>保険医療機関番号を記載してください。   |   |
| 開設者の氏名、生年月日、住所<br>※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<br>※個人の場合は、住民登録されている住所を記載 | フリガナ<br>氏名<br>(名称等)   | イリョウジョウジンオカモモカイ リジチョウ オカヤマタロウ<br><b>医療法人岡桃会 理事長 岡山太郎</b>  | 生年月日   | 年 月 日   |
|  | 住所<br>(所在地)   | 〒700-8546<br><b>岡山市北区鹿田町一丁目1番1号</b>   | ※開設者が法人の場合、生年月日は不要です。  |   |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所  | フリガナ<br>氏名  | オカヤマ タロウ<br><b>岡山 太郎</b>  | 生年月日   | 昭和 58 年 6 月 20 日                              |
|  | 住所  | 〒700-8544<br><b>岡山市北区大佛</b>   | 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、主たる診療科名を最初に記載してください。(別紙可。)<br>※薬局の場合は記入不要です。                             |   |
| 診療科名   | <b>内科, 皮膚科, 小児科</b>   |   |  |   |
| 病床数  | 一般  | 10 床 ( 0 床  | ※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。 |   |
|  | 療養  | 0 床 ( 0 床   |  |   |
|  | 精神  | 0 床 ( 0 床   |  |   |
| 健康保険法による指定   | <input checked="" type="radio"/> 有                            | ・ 指定申請中   | 有効期間   | 平成 32 年 6 月 30 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  | <input checked="" type="radio"/> 有                            | ・ 無   | ・ 指定申請中  | 平成 26 年 7 月 1 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  | <input checked="" type="radio"/> 有<br><input type="radio"/> 無 | 左欄の「有」に該当する場合で、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。(別紙可。)<br>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、おおむね当該開設者である医師等若しくは薬剤師のみが診療や調剤をしているもの、又はその者と同一世帯の配偶者等のみが診療若しくは調剤に従事している場合は、「有」に○印の上、開設者以外に診療や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はその氏名を記載してください。<br>※開設者が法人の場合は該当しませんので、「無」に○印をしてください。<br>※裏面の記載要領を参照してください。 |  |   |
| 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)   |   |  | ※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。 |
| 適用   | 遡及理由  | 生活保護受給者等の利用前に指定申請を行ってください。やむを得ず申請が遅れた場合はその理由と法指定の適用希望日を記載してください。<br>※指定決定後は、指定日の変更は出来ません。   |  |   |
|  | 適用希望日   |   |  |   |

平成 26 年 7 月 1 日

岡 山 市 長 様

申請者  
(開設者)

住所 **岡山市北区鹿田町一丁目1番1号**

氏名 **医療法人岡桃会 理事長 岡山 太郎**

印

申請者は、開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

個人開設の医療機関や薬局は、開設者本人の住所を記載し、個人印を押印して下さい。

※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 (医療機関の方は記入不要です。)

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| 医療扶助への理解  | この欄は、医療機関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、岡山市長に直接に、又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 医師、歯科医師、助産師又は施術者が申請する場合には、免許証の写しを添付してください。  
(病院又は診療所の指定を申請する場合は、勤務する医師、歯科医師の免許証の写しは不要です。)
- 3 貴機関等が新たに指定された場合には、岡山市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。
- 4 開設者の欄には、住民登録されている氏名・生年月日・住所を記載してください。  
開設者が法人の場合は、「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 「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。
- 7 「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。
- 8 「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」・「無」・「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。
- 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 「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が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)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が開設する指定医療機関(個人が開設する医療機関であって法人を除く。)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
- 11 原則、申請を受理した月の1日を指定日としていますので、「適用」欄は、それ以前に遡及を希望する場合のみ記載してください。  
なお、希望する場合は、遡及理由及び適用希望日を必ず記載してください。ただし、適用希望日は健康保険法の指定日より前に遡ることはできません。
- 12 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。