|  |  |
| --- | --- |
| **生活保護法****中国残留邦人等支援法** | **指定医療機関　指定申請書** |
| 新規 ・ 更新＊該当する方に〇 | ※東京都記入欄　（更新の場合に記入）生活保護法指定期間満了日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 業務の種類 | 訪問看護ステーション＊医科・歯科・薬局は別様式 |
| 医　療　機　関 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL（　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　 |
| 開　設　者 | フリガナ |  | 代表者職・氏名 |  |
| 名称 |  |
| 住所 | 〒＊法人の場合は法人名称 | 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 管　理　者　 | フリガナ | ＊法人の場合は主たる事務所の所在地 | 生年月日 | 　　　　　　　　　　＊法人の場合は記載不要年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒＜チェック欄＞ |
| 健康保険法（又は介護保険法）による指定 | [ ] 　　有（申請中を含む）　 |
| 健康保険法による指定 | ステーションコード（７けた） | 健康保険法による指定期間 |
|  |  |  |  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 | から | 　　　　年　　月　　日 |
| 誓約事項 | 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約＜チェック欄＞　　　　※「指定欠格事由」に該当しないことを確認後、左のチェック欄にチェック（☑）してください。[ ]  |
| 上記のとおり申請します。　　　年　　　月　　　日東京都知事殿 | ＜申請者（開設者）の氏名及び住所＞（法人の場合は主たる事務所の所在地及び法人名称）　　　　　　　　　〒　　　－住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊法人の場合は主たる事務所の所在地氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　＊法人の場合は法人名称・代表者の職及び氏名担当者連絡先　ＴＥＬ（　　　　）　　　　　―　　　　　　担当者氏名：　　　　　 |

---------------------------------------福祉事務所使用欄---------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 指定についての意見 |  |