

# 資料編

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

*該当する方に○ 新規・更新		※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		(1) 医科      (2) 歯科      (3) 薬局 <small>*該当する種類に○ *訪問看護ステーションは別様式</small>			
医療機関	フリガナ				
	名称				
	所在地	〒			
TEL(      )      —					
開設者	フリガナ				
	氏名				
		*法人の場合は法人名称			
管理薬剤師 管理者または	フリガナ				
	氏名				
健康保険法による指定			<チェック欄> <input type="checkbox"/> 有(申請中を含む)		
健康保険法 による指定	医療機関・薬局コード(7けた)			健康保険法による指定期間	
				年 月 日 から 年 月 日	
勤務医等	<チェック欄> <input type="checkbox"/> 開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、もしくは開設者である保険医若しくは保険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保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している場合は左のチェック欄にチェック(☑)してください。(※開設者が法人の場合は確認不要)				
誓約事項	<チェック欄> <input type="checkbox"/> 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 ※「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

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	

## ■注意事項及び記載要領

### 新規申請（医科・歯科・薬局）

この申請書は、健康保険法による指定を既に受けている医療機関等が、新たに生活保護法による指定を受けたい場合であって、やむを得ない事情によりオンライン申請が行えないときのみ、東京都知事宛に、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。

なお、令和5年7月1日以降、関東信越厚生局へ健康保険法による指定申請と同時に生活保護法による指定申請も行っている場合は、改めて提出の必要はありません。

#### 注意事項

- 1 生活保護法による指定医療機関の指定を受けるためには、健康保険法の指定を受けている必要があります。
- 2 申請する場合には指定欠格事由に該当しない事を確認後、誓約事項チェック欄に必ず☑してください。
- 3 指定された場合には、東京都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 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「業務の種類」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 3 「医療機関」欄には、指定を受けようとする医療機関の名称及び所在地を記入してください。「名称」は、関東信越厚生局が発行する健康保険法の指定通知書に記載の名称を記載してください。
- 4 「開設者」欄は、個人開設の場合は開設者の氏名を記載してください。開設者が法人の場合は、「氏名」欄に法人名称を記載してください。
- 5 「管理者または管理薬剤師」欄は、医科、歯科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、その氏名を記載してください。
- 6 「健康保険法による指定」欄については、指定「有（申請中を含む）」の場合に、チェック（☑）を入れてください。

※なお、生活保護法の指定を受けるには、すでに健康保険法の指定を受けている必要があります。

- 7 「健康保険法による指定」欄については、関東信越厚生局が発行する直近の健康保険法の指定通知書に記載されている医療機関・薬局コード及び指定期間を記載してください。
- 8 申請者（開設者）の署名欄は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。  
「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、申請書の記入事項について都からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。
- 9 指定日については、原則、**福祉事務所がこの申請書を受理した月の1日**になります。

ただし、下記アからエに該当する場合は、指定日の遡及が認められることがあります。

- 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 指定医療機関が至近の距離に移転し、同日付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に、又は法人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
- エ 指定医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更になった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合

記入例

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

*該当する方に○ <b>新規・更新</b>		※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		(1) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局					
医療機関	フリガナ	イリョウホウジンシャダン△△カイ ロロクリニック					
	名	医療法人社団△△会 ロロクリニック					
	所在地	〒111-1111 東京都新宿区西新宿 1-1-1					
		EL( 03 ) 1111 - 1111					
開設者	フリガナ	イリョウホウジンシャダン △△カイ					
	氏名	医療法人社団△△会					
管理者または 管理薬剤師	フリガナ	トウキョウ タロウ					
	氏名	東京 太郎					
健康保険法による指定		<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 有(申請中を含む)					
健康保険法 による指定	医療機関・薬剤師(7けた)		健康保険法による指定期間				
	1	2	3	4	5	6	7
勤務医等	<チェック欄> <input type="checkbox"/> 開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、もしくは開設者である保険医若しくは保険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保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している場合は左のチェック欄にチェック(☑)してください。(※開設者が法人の場合は確認不要)						
誓約事項	<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 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 ※「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。						

開設者が法人の場合は法人名

\*法人の場合は法人名称

開設者が個人であり、かつ下線部に該当する場合のみチェック☑してください。  
(開設者が法人の場合は確認不要)

上記のとおり申請します。

令和○年 ○○月 ○○日

東京 〇〇事殿

提出年月日を記載(和暦)

受印

「指定欠格事由」を確認し、該当しない場合はチェックしてください  
チェックが無い場合は指定ができません

(法人の場合は主たる事務所の所在地及び法人名称)

〒 ー

住 所: 東京都△△区△△△2-2-2

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏 名: 医療法人社団△△会

\*法人の場合は法人名称

者連絡先 ( 03 ) 5555 - 5555 担当者氏名: △△△△

必ず記入してください。

(住所・氏名は 開設者 の情報を記入)

福祉事務所使用欄

この欄は、行政側が使用しますので、記入不要です。

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

*該当する方に○ 新規・更新		※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 <span style="float: right;">* 医科・歯科・薬局は別様式</span>			
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	* 法人の場合は法人名称			
	住所	〒		生年月日	年 月 日 * 法人の場合は記載不要
管理者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒			
健康保険法（又は介護保険法）による指定			<チェック欄> <input type="checkbox"/> 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	<チェック欄> <input type="checkbox"/> 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 ※「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	

## ■注意事項及び記載要領

### 新規申請（訪問看護ステーション）

#### ※ 訪問看護ステーション

生活保護法施行令第4条各号に掲げる指定訪問看護事業者等が指定訪問看護事業等を行う、訪問看護ステーション等の事業所

#### 注意事項

- 1 この申請書は、やむを得ない事情によりオンライン申請が行えないときのみ、東京都知事宛に、**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 生活保護法による指定医療機関の指定を受けるためには、**健康保険法の指定を受けている必要**があります。
- 3 申請する場合には**指定欠格事由に該当しない事を確認後、誓約事項チェック欄に必ず☑**してください。
- 4 指定された場合には、東京都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 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「業務の種類」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 3 「医療機関」欄には、指定を受けようとする医療機関の名称及び所在地を記入してください。「名称」は、関東信越厚生局が発行する健康保険法の指定通知書（訪問看護ステーション等においては東京都が発行する介護保険法の指定通知書）に記載の名称を記載してください。
- 4 「開設者」欄は、開設者が法人の場合は、「氏名」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
- 5 「管理者」欄は、訪問看護ステーション等においては管理者について、その氏名を記載してください。
- 6 「健康保険法（又は介護保険法）による指定」欄については、指定「有（申請中を含む）」の場合に、チェック（☑）を入れてください。  
※なお、生活保護法の指定を受けるには、すでに健康保険法の指定を受けている必要があります。
- 7 「健康保険法による指定」欄については、関東信越厚生局が発行する直近の健康保険法の指定通知書に記載されているステーションコード及び指定期間（訪問看護ステーション等においては指定年月日）を記載してください。
- 8 申請者（開設者）の署名欄は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。  
「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、申請書の記入事項について都からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。
- 9 指定日については、原則、**福祉事務所がこの申請書を受理した月の1日**になります。  
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ことがあります。  
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 指定医療機関が至近の距離に移転し、同日付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に、又は法人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  
エ 指定医療機関が病院から診療所に、又は診療所から病院に組織変更になった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合

記入例

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

\*該当する方に○

新規・更新

※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

〇〇ホウモンカンゴステーション

名称

〇〇訪問看護ステーション

所在地

〒111-1111

東京都〇〇区〇〇〇1-1-1

TEL ( 03 ) 1111 - 1111

開設者

フリガナ

カブシキガイシャ △△

名称

株式会社△△

\*法人の場合は法人名称

住所

〒222-2222

東京都△△区△△△2-2-2

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

代表者職・氏名

代表取締役

×× ××

生年月日

年 月 日

\*法人の場合は記載不要

管理者

フリガナ

トウキョウ タロウ

氏名

東京 太郎

住所

〒333-3333

東京都□□市□□□3-3-3

管理者個人の生年月日、住所を  
記載してください。

生年月日

昭和33年 3月 3日

健康保険法（又は介護保険法）による指定

&lt;チェック欄&gt;



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）

7

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

健康保険法による指定期間

令和×年〇月△日から 令和△年□月×日

誓約事項

&lt;チェック欄&gt;



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

※「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。

令和〇年〇〇月〇〇日

東京都知事殿

指定欠格事由に該当しない旨確認  
の上、チェックしてください。

（代表者）の氏名及び住所&gt;

（主たる事務所の所在地及び法人名称）

〒

住所：東京都△△区△△△2-2-2

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名：株式会社△△代表取締役 〇〇 〇〇

\*法人の場合は法人名称・代表者の職及び氏名

提出年月日を記載

担当者連絡先 TEL (03) 5555 - 5555 担当者氏名：△△△△

福祉事務所使用欄

この欄は、行政側が使用しますので、記入不要です。



## ■指定欠格事由（指定医療機関）

以下の事由に該当する場合は、指定を受けることができません。

（指定欠格事由）

生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までの規定関係

1 第2項第2号関係

開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過しない。

2 第2項第3号関係

開設者が、生活保護法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定（※）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過しない。

※ その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定

- 1 児童福祉法
- 2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律
- 3 栄養士法
- 4 医師法
- 5 歯科医師法
- 6 保健師助産師看護師法
- 7 歯科衛生士法
- 8 医療法
- 9 身体障害者福祉法
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
- 11 社会福祉法
- 12 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
- 13 薬剤師法
- 14 老人福祉法
- 15 理学療法士及び作業療法士法
- 16 柔道整復師法
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法
- 18 義肢装具法
- 19 介護保険法
- 20 精神保健福祉士法
- 21 言語聴覚士法
- 22 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
- 23 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律
- 24 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律
- 25 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律
- 26 子ども・子育て支援法
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律
- 28 国家戦略特別区域法（第12条の5第15項及び第17項から第19項までの規定に限る。）
- 29 難病の患者に対する医療等に関する法律
- 30 公認心理師法
- 31 民間あつせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律
- 32 臨床研究法

3 第2項第4号関係

都道府県知事が当該指定の取消しの処分となった事実その他当該事実に関して開設者が有していた責任の程度を確認した結果、開設者が当該指定の取消の理由となった事実について組織的に関与していると認められない場合を除き、開設者が、生活保護法の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない（取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該指定を取り消された病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者等の管理者であった者が当該取消しの日から起算して5年を経過しない場合を含む。）

4 第2項第5号関係

申請者が、生活保護法の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しない。

5 第2項第6号関係

開設者が、生活保護法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき生活保護法の規定による指定の取消し処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しない。

6 第2項第7号関係

第5号に規定する期間内に生活保護法の規定による指定の辞退の申出があった場合において、開設者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）が、同号の通知の日前60日以内に当該申出に係る病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者の管理者であった者で、当該申出の日から起算して5年を経過しない。

7 第2項第8号関係

開設者が、指定の申請前5年以内に被保護者の医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

8 第2項第9号関係

当該申請に係る病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者等の管理者が第2号から前号までのいずれかに該当する。



生活保護法  
中国残留邦人等支援法

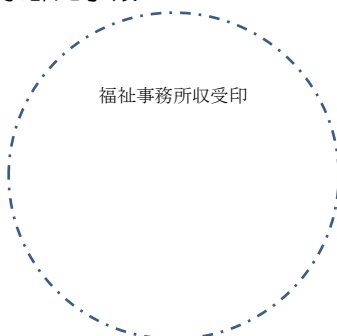
指定医療機関 変更届出書

業務の種類		(1) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局			*該当する種類に○ *訪問看護ステーションは別様式				
医療機関 名称					医療機関・薬局コード				
医療機関 所在地									
変更内容							変更年月日		
名称	変更前						年 月 日		
	変更後	(フリガナ)							
開設者	変更前	氏名					年 月 日		
	変更後	氏名	(フリガナ)						
		氏名							
管理者	変更前	氏名					年 月 日		
	変更後	氏名	(フリガナ)						
		氏名							
その他	変更前						年 月 日		
	変更後								

上記のとおり届出ます。

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、法人名称及び所在地)

〒 —

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

担当者連絡先: TEL( ) — 担当者名: \_\_\_\_\_

## ■注意事項及び記載要領

### 変更届（医科・歯科・薬局）

この申請書は、健康保険法による変更の届出と同時に生活保護法による変更の届出をしていない場合であって、やむを得ない事情によりオンラインによる届出が行えない場合のみ東京都知事宛に、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。

なお、令和5年7月1日以降、関東信越厚生局へ健康保険法による変更の届出と同時に生活保護法による変更の届出を行っている場合は、改めて提出の必要はありません。

#### 注意事項

- 1 この届出書は、東京都知事宛に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 この届出書は、申請した事項に変更があったときは10日以内に提出してください。

#### 記載要領

- 1 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「医療機関・薬局コード」、「医療機関名称」及び「医療機関所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。
- 3 「医療機関・薬局コード」欄は、関東信越厚生局から払出された7ケタのコードを記入してください。
- 4 「医療機関名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。
- 5 「名称」欄は、医療機関名称に変更があった場合に記入してください。
- 6 「開設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。
  - ・ 法人開設の場合、法人名称に変更があったとき  
(※法人代表者の変更については届出不要です。)
  - ・ 個人開設の場合、開設者の氏名に変更があったとき
- 7 「管理者」欄は、管理者が交代した場合又は管理者の氏名に変更があったときに記入してください。
- 8 「その他」欄は、上記以外の変更事項(医療機関の住居表示変更・地番整理、電話番号変更等)について、記入してください。
- 9 「届出者(開設者)」が法人の場合には、法人名及び主たる事務所の所在地を記入してください。
- 10 「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について都からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。

業務の種類	(1) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局			*該当する種類に○ *訪問看護ステーションは別様式								
医療機関 名称	医療法人社団△△会 □□クリニック			医療機関・薬局コード	1	2	3	4	5	6	7	
医療機関 所在地	東京都新宿区西新宿 1-1-1											
変更内容												変更年月日
名称	変更前	医療法人社団△△会 ○○クリニック									令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	変更後	(フリガナ) イリョウホウジンシャダン△△カイ □□クリニック										
		医療法人社団△△会 □□クリニック										
開設者	変更前	氏名								年 月 日		
	変更後	氏名	(フリガナ)									
		氏名										
管理者	変更前	氏名	東京 太郎							令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	変更後	氏名	(フリガナ) トウキョウ ハナコ									
		氏名	東京 花子									
その他	変更前										年 月 日	
	変更後											

上記のとおり届出ます。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

東京都知事殿

提出年月日を記載してください。

&lt;申請者(開設者)の氏名及び住所&gt;

(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒222 - 2222

住 所: 東京都△△区△△△2-2-2

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏 名: 医療法人社団△△会

\*法人の場合は法人名称

担当者連絡先: ( 03 ) 5555 - 5555 担当者名: △△△△

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				
訪問看護ステーション 名 称								ステーション コード								
所 在 地																
変更内容														変更年月日		
名称	変更前													年 月 日		
	変更後	(フリガナ)														
開設者	変更前	名称					代 職 表 者 氏 名					年 月 日				
		住所	〒				生 年 月 日	年 月 日								
	変更後	(フリガナ)				代 職 表 者 氏 名										
		住所	〒				生 年 月 日	年 月 日								
		* 法人の場合は主たる事務所の所在地				* 法人の場合は記載不要										
管理者	変更前	氏 名					生 年 月 日	年 月 日				年 月 日				
		住所														
	変更後	(フリガナ)				生 年 月 日	年 月 日									
住所	〒				* 法人の場合は主たる事務所の所在地											
その他	変更前													年 月 日		
	変更後															

上記のとおり届出ます。

年 月 日

東京都知事殿

福祉事務所收受印

<申請者(開設者)の氏名及び住所>

(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒

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( ) — 担当者名: \_\_\_\_\_

## ■注意事項及び記載要領

### 変更届（訪問看護ステーション）

#### 注意事項

- 1 この届出書は、やむを得ない事情によりオンラインによる届出が行えない場合のみ、東京都知事宛に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 この届出書は、申請した事項に変更があったときは10日以内に提出してください。

#### 記載要領

- 1 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「ステーションコード」、「名称」及び「所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当がある項目に記入してください。
- 3 「ステーションコード」欄は、関東信越厚生局から払出された7ケタのコードを記入してください。
- 4 「訪問看護ステーション名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。
- 5 「名称」欄は、訪問看護ステーション名称に変更があった場合に記入してください。
- 6 「開設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。
  - ・法人開設の場合、法人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき  
(※法人代表者の変更については届出不要です。)
  - ・個人開設の場合、開設者の氏名、住所に変更があったとき
- 7 「管理者」欄は、管理者が交代した場合又は管理者の氏名、住所に変更があったときに記入してください。
- 8 「その他」欄は、上記以外の変更事項(訪問看護ステーションの住居表示変更・地番整理、電話番号変更等)について、記入してください。
- 9 「届出者(開設者)」が法人の場合には、法人名及び主たる事務所の所在地を記入してください。
- 10 「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について都からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。

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					
訪問看護ステーション 名称		〇〇訪問看護ステーション				ステーション コード	7	*	*	*	*	*	*
所在地		〒111-1111 東京都〇〇区〇〇〇1-1-1											
変更内容												変更年月日	
名称	変更前	訪問看護ステーション△△										令和〇年 〇月 〇日	
	変更後	(フリガナ) 〇〇訪問看護ステーション											
開設者	変更前	名称	株式会社△△				代表者 職・氏名	代表取締役 △△ △△				令和〇年 〇月 〇日	
		住所	〒222-2222 東京都△△区△△△2-2-2				生年月日	年 月 日 * 法人の場合は記載不要					
	変更後	名称	(フリガナ) 株式会社〇〇				代表者 職・氏名	代表取締役 〇〇 〇〇					
		住所	〒111-1111 東京都〇〇区〇〇〇1-1-1				生年月日	年 月 日 * 法人の場合は記載不要					
管理者	変更前	氏名					生年月日	年 月 日				年 月 日	
		住所											
	変更後	氏名	(フリガナ)				生年月日	年 月 日					
		住所	〒				電話番号等に変更があった場合はこちらに記入						
その他	変更前	電話番号 03-△△△△-2222										令和〇年 〇月 〇日	
	変更後	03-〇〇〇〇-1111											

上記のとおり届出ます。

令和〇年 〇〇月 〇〇日

東京都知事殿

福祉事務所収受印

&lt;申請者(開設者)の氏名及び住所&gt;

(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒 111-1111

住 所: 東京都〇〇区〇〇〇1-1-1

\* 法人の場合は主たる事務所の所在地

氏 名: 株式会社〇〇代表取締役 〇〇 〇

\* 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 03-〇〇〇〇-1111 担当者名: △△△△

生活保護法  
中国残留邦人等支援法

指定医療機関

廃止  
休止  
再開  
辞退

届出書

*該当する内容に○		届出内容		廃止 ・ 休止 ・ 再開 ・ 辞退		医療機関・薬局・ ステーションコード								
*該当する種類に○		業務の種類		(1) 医科		(2) 歯科		(3) 薬局		(4)訪問看護ステーション				
医療 機関	別冊													
	名称													
	所在地	〒												
廃止・休止・再開・辞退年月日		年 月 日												
廃止・休止・再開・辞退理由														

上記のとおり届出ます。

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、法人名称及び所在地)

〒

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

担当者連絡先: TEL( ) — 担当者名: \_\_\_\_\_



## ■注意事項及び記載要領

廃止・休止・再開・辞退（医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション）

### ■医科・歯科・薬局

令和5年7月1日以降、関東信越厚生局へ健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出も行っている場合は、改めて提出の必要はありません。

健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出をしていない場合であって、やむを得ない事情によりオンラインによる届出が行えないときのみ、東京都知事宛に、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。

※ 訪問看護ステーションは、関東信越厚生局及び東京都（書面による届出の場合は福祉事務所）へそれぞれ届出をする必要があります。

なお、辞退については、いずれの種別においても、生活保護法の指定のみ辞退する場合であって、やむを得ない事情によりオンラインによる届出が行えないときのみ、東京都知事宛に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。

### ■注意事項

- 1 この届出書は、東京都知事宛に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 この届出書は、業務を廃止・休止・再開したときは10日以内に、指定を辞退するときは30日以上予告期間を設けて提出してください。

### ■記載要領

- 1 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「届出内容」欄については、本届出書により届け出る項目に○をつけてください。
- 3 「医療機関・薬局・ステーションコード」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関について、関東信越厚生局から払出された7ケタのコードを記入してください。
- 4 医療機関「名称」及び「所在地」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関の名称・所在地を記載してください。（生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定通知書に記載されている名称・所在地を記入してください。）
- 5 「廃止・休止・再開・辞退年月日」欄は、業務を廃止・休止・再開・辞退した日を記入してください。
- 6 「廃止・休止・再開・辞退の理由」欄については、廃止・休止・再開・辞退した理由を記載してください。
- 7 「届出者（開設者）」が法人の場合には、主たる事務所の所在地、法人名称を記入してください。

「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について都からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。

生活保護法  
中国残留邦人等支援法

指定医療機関

廃止  
休止  
再開  
辞退

届出書

*該当する内容に○		届出内容		医療機関・薬局・ ステーションコード		1	2	3	4	5	6	7
		○ <b>廃止</b> ・休止・再開・辞退										
*該当する種類に○		業務の種類										
		(○ <b>1</b> ) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局 (4) 訪問看護ステーション										
医療 機 関	別冊	<b>イリョウホウジンシャダン△△カイ ○○クリニック</b>										
	名称	<b>医療法人社団△△会 ○○クリニック</b>										
	所在地	〒 <b>111-1111</b> <b>東京都新宿区西新宿 1-1-1</b>										
廃止・休止・再開・辞退年月日		<b>令和○○年○○月○○日</b>										
廃止・休止・再開・辞退理由		<b>移転のため。</b>										

上記のとおり届出ます。

**令和○○年○○月○○日**

東京都知事殿

提出年月日を記載

福祉事務所收受印

&lt;申請者(開設者)の氏名及び住所&gt;

(法人の場合は、法人名称及び所在地)

**222-2222**住 所: **東京都新宿区西新宿 2-2-2**

\*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏 名: **医療法人社団△△会**

\*法人の場合は法人名称

担当者連絡先: TEL( **03** ) **5555** — **5555** 担当者名: **△△△△**

※ 医療機関  
 生活保護法指定 助産師  
 中国残留邦人等支援法指定 施術者

処分届書

生活保護法施行規則第14条第4項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第14条第4項に基づき次のとおり届け出ます。

指 定  医 療 機 関 等	医療機関等コード (業務の種類)	
	名 称	
	所 在 地	
処 分 年 月 日		年      月      日
処 分 の 種 類		

年      月      日

東京都知事 殿

住 所  
届出者  
氏 名

## ■注意事項及び記載要領

### 処分届（医療・施術）

#### 注意事項

- 1 この書類は、やむを得ない事情によりオンラインによる届出が行えない場合に、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 この書類は、次の場合速やかに提出してください。
  - ① 病院、診療所、指定訪問看護事業者又は薬局が処分を受けた場合
  - ② 医師、歯科医師、助産師又は施術者が処分を受けた場合
  - ③ 助産師又は施術者が開設する助産所又は施術所が処分を受けた場合

#### 記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所又は勤務する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 ※印のところは、不要のものを —— で消してください。
- 3 「医療機関等コード」は、医療機関コード、訪問看護ステーション等コード又は薬局コードを記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、「業務の種類」を記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称」、「所在地」は、指定通知書によって通知した名称、所在地を記載してください。

なお、通知した名称、所在地が判然としない場合は、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を記載してください。
- 5 「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
- 6 「申請者」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てください。