|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |