**生活保護法指定医療機関（　指定　・　指定更新　）申請書**

※記載要領３を参照

**※所在地を所管する福祉事務所に提出してください。**

**「指定」か「指定更新」のどちらかにマル**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | (ﾌﾘｶﾞﾅ) ○○クリニック | | | 医療機関  コード | | | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| **○○クリニック** ※記載要領２を参照 | | |
| **所在地** | 〒**＊＊＊**－**＊＊＊＊**  **大分県○○市○○町○－○**（保険医療機関の所在地を記載）　TEL(**＊＊＊**)　**＊＊＊**－**＊＊＊＊** | | | | | | | | | | | | |
| **開設者の氏名、生年月日、住所**  ※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してください。 | 氏名（名称等） | (ﾌﾘｶﾞﾅ) 　　○○　○○ | | | | | | | | | | | |
| **○○　○○** | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和**○○**年**○○**月**○○**日（法人の場合は記入不要） | | | | | | | | | | | |
| 住所（所在地） | 〒**＊＊＊**－**＊＊＊＊**  （法人の場合は主たる事務所の所在地、個人の場合は自宅）  **大分県○○市○○町○－○**TEL(**＊＊＊**)　**＊＊＊**－**＊＊＊＊** | | | | | | | | | | | |
| **管理者の氏名、生年月日、住所** | 氏　名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) 　○○　○○ | | | | （生年月日） | | | | | | | |
| **○○　○○** | | | | 昭和**○○**年**○○**月**○○**日 | | | | | | | |
| 住　所 | 〒**＊＊＊**－**＊＊＊＊** | | | | | | | | | | | |
| **大分県○○市○○町○－○** | | | | | | | | | | | |
| **診療科名** | **○○科、○○科、○○科**※記載要領５を参照 | | | | | | | | | | | | |
| **健康保険法による指定**  **（保険医療機関の指定）** | ・　　指定申請中  （※記載要領６を参照） | | 有効期間 | | **令和○○**年**○○**月**○○**日から | | | | | | | | |
| **令和○○**年**○○**月**○○**日まで  更新の場合は、  **更新後の有効期間** | | | | | | | | |
| **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** | ・　　無 | | | | | | | | | | | | |
| **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） | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり指定を申請します。

※該当するのは、**「個人開設」かつ「個人若しくは同居の家族で診療・調剤を行っている場合」のみ**

　※病院や法人開設、他人を雇っている場合は該当無し

　　年　　月　　日

　　大分県知事　殿

〒　　　　－

住所：

　　　　　　　　　申請者（開設者）　　　　　　　　　　　　　　TEL(　　　)　　　－

氏名：

※法人の場合は、「氏名」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、法人代表者印を押印してください。

**※九州厚生局が６年ごとに有効期間を定めて指定する保険医療機関のことです。**

**※各医療機関の指定状況は、九州厚生局のホームページで確認できます。**

**※申請書の「開設者欄」、「申請者欄」と誓約書の「誓約者氏名・住所」は、必ず同じ記載になります。**