

記載例 (新規指定の場合)

様式第1号

生活保護法(中国残留邦人等支援法)指定 医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書

医療機関 名称	(フリガナ) ○○クリニック ○○クリニック		医療機関コード ●●●●●●●●	
医療機関 所在地	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○○○番○号			
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)	氏名(名称等)	(フリガナ)イリョウハウジン ○○カイ リジチョウ ○○ ○○ 医療法人 ○○会 理事長 ●● ●●		
	生年月日	年 月 日		
	住所(所在地)	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○○○番○号		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) オオイタ タロウ 大分 太郎	生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日
	住所	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○番○号		
診療科名	○○科、○○科、○○科			
健康保険法による指定	有	指定申請中	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで
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 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	令和 年 月 日 (更新の場合のみ記載)			

法人開設の場合は「無」に丸をしてください。
個人開設の場合は様式裏面の記載要領参照。

上記のとおり指定を申請します。

令和 ○年 ○月 ○日
大分市長 殿

<申請者(開設者)>

〒●●●-●●●●
住所 **大分市○○町○丁目○○○○番○号**

※法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 **医療法人 ○○会 理事長 ●● ●●**

※法人の場合は法人の名称、代表者の職・氏名

担当者連絡先 Ⅱ (○○○) ○○○ - ○○○○

担当者名 **○○ ○○**

(※指定申請書の「開設者」・「申請者」欄と誓約書の「誓約者」欄は、必ず同じ記載となります。)

記載例(更新の場合)

様式第1号

生活保護法(中国残留邦人等支援法)指定 医療機関 指定 ・ **指定更新** 申請書

医療機関 名称	(フリガナ) ○○クリニック ○○クリニック		医療機関コード ●●●●●●●●	
医療機関 所在地	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○○○番○号 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)	氏名(名称等)	(フリガナ)イリョウハウジン ○○カイ リジチョウ ○○ ○○ 医療法人 ○○会 理事長 ●● ●●		
	生年月日	年 月 日		
	住所(所在地)	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○○○番○号		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) オオイタ タロウ 大分 太郎	生年月日	昭和 ○○年 ○月 ○日
	住所	〒●●●-●●●● 大分市○○町○丁目○○番○号		
診療科名	○○科、○○科、○○科			
健康保険法による指定	有	指定申請中	有効期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで
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 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	令和 ○年 ○月 ○日 (更新の場合のみ記載)			

有効期間は更新後の期間を記載してください。

法人開設の場合は「無」に丸をしてください。個人開設の場合は様式裏面の記載要領参照。

有効期間満了日は更新前の期間満了日を記載してください。

上記のとおり指定を申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

大分市長 殿

<申請者(開設者)>

〒●●●-●●●●

住所

大分市○○町○丁目○○○○番○号

※法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 **医療法人 ○○会 理事長 ●● ●●**

※法人の場合は法人の名称、代表者の職・氏名

担当者連絡先 Tel (○○○) ○○○ - ○○○○

担当者名

○○ ○○

(※指定申請書の「開設者」・「申請者」欄と誓約書の「誓約者」欄は、必ず同じ記載となります。)