

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

<input checked="" type="radio"/> 新規・更新		(更新の場合に記入) 生活保護法指定期間満了日		平成 年 月 日	
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	フリガナ				
	名称				
	所在地	〒			
		TEL() -			
開設者	フリガナ			生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	氏名				
	住所	〒			
		*法人の場合は主たる事務所の所在地			
管理薬剤師	フリガナ			生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
	氏名				
	住所	〒			
		*法人の場合は主たる事務所の所在地			
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	医療機関・薬局・ステーションコード(7けた)		健康保険法による指定期間		
			平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
介護保険法による指定(訪看のみ)	介護事業者番号(10けた)		介護保険法による指定期間		
			平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
勤務医等	<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)			

上記のとおり申請します。

平成 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: _____ 印
*法人の場合は法人名称及び法人印

担当者連絡先 TEL() - 担当者氏名: _____

-----福祉事務所使用欄-----

誓約書	<input type="checkbox"/> 有・無	指定年月日	平成 年 月 日
指定についての意見			

※ 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、東京都知事宛に、**所在地を管轄する福祉事務所を經由**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、**欠格事由に該当しない旨の誓約書を必ず添付**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、個人開設の場合は開設者の氏名、生年月日及び住所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、「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 「管理者または管理薬剤師」欄は、医科、歯科、訪問看護ステーション等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、生年月日及び住所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医療機関・薬局・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 「介護保険法による指定」欄については、訪問看護ステーション等のみ、東京都が発行する直近の介護保険法の指定通知書に記載されている事業所番号及び指定期間を記載してください。
※訪問看護ステーション等は、「健康保険法の指定」及び「介護保険法の指定」両方の欄に記載してください。
- 9 申請者(開設者)の署名欄は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称及び代表者職氏名を記載し、「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。
- 10 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 指定医療機関が移転し、同日付けで新旧医療機関を開設、廃止した場合で、患者が引き続き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組織に、又は法人組織から個人に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

生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までに該当しない旨の誓約書

医療機関用

東京都知事殿

平成 年 月 日

<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、主たる事業所の所在地氏名: _____ 印
※法人の場合は、法人名称及び法人印医療機関名: _____ (医療機関コード: _____) については、
下記のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

(誓約項目)

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(昭和22年法律第164号)
- 2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)
- 3 栄養士法(昭和22年法律第245号)
- 4 医師法(昭和23年法律第201号)
- 5 歯科医師法(昭和23年法律第202号)
- 6 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)
- 7 歯科衛生士法(昭和23年法律第204号)
- 8 医療法(昭和23年法律第205号)
- 9 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)
- 11 社会福祉法(昭和26年法律第45号)
- 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(昭和35年法律第145号)
- 13 薬剤師法(昭和35年法律第146号)
- 14 老人福祉法(昭和38年法律第133号)
- 15 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)
- 16 柔道整復師法(昭和45年法律第19号)
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)
- 18 義肢装具士法(昭和62年法律第61号)
- 19 介護保険法(平成9年法律第123号)
- 20 精神保健福祉法(平成9年法律第131号)
- 21 言語聴覚士法(平成9年法律第132号)
- 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(平成17年法律第123号)
- 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(平成17年法律第124号)
- 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(平成18年法律第77号)
- 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(平成23年法律第79号)
- 26 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)
- 28 国家戦略特別区域法(平成25年法律第107号。第12条の4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(平成26年法律第50号)
- 30 公認心理師法(平成27年法律第68号)

3 第2項第4号関係

都道府県知事が当該指定の取り消しの処分理由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が、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助産又は施術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。

記入例

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		(更新の場合に記入) 生活保護法指定期間満了日	平成 年 月 日
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	フリガナ	イリウホウジンシャダン△△カイ ○○クリニック	
	名称	医療法人社団△△会 ○○クリニック	
	所在地	〒 111-1111 東京都○○区○○○1-1-1	
		TEL(03) 1111 - 1111	
開設者	フリガナ	イリウホウジンシャダン △△カイ	生年月日
	氏名	医療法人社団△△会	明大昭平 年 月 日
管理薬剤師	フリガナ	トウキョウ タロウ	生年月日
	氏名	東京 太郎	明大昭平 33年 3月 3日
健康保険法(又は介護保険法)による指定		<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 有(申請中含む)	
健康保険法による指定	医療機関・薬局・ステーションコード(7けた)	健康保険法による指定期間	
介護保険法による指定(訪看のみ)	1 2 3 4 5 6 7	平成 ○年 △月 □日 から 平成 ×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)	

開設者が法人の場合、代表者氏名及び生年月日は不要

管理者個人の住所、生年月日を記載してください。

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)

シャチハタ等の浸透印は使用不可です。法人の場合は法人印を押印してください。



上記のとおり申請します。
平成○○年○○月○○日
東京都知事殿
提出年月日を記載

必ず記入・捺印してください。
(住所・氏名は 開設者 の情報を記入)

住所: 東京都△△区△△△2-2-2
氏名: 医療法人社団△△会
連絡先 (03) 5555 - 5555 担当者氏名: △△△△

この欄は、行政側が使用しますので、記入不要です。

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

新規・更新		(更新の場合に記入) 生活保護法指定期間満了日	平成 年 月 日
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	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	イリョウホウジンシャダン △△カイ	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日
	氏名	株式会社△△	は記載不要
	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
管理薬剤師	フリガナ	トウキョウ タロウ	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日
	氏名	東京 太郎	33年 3月 3日
	住所	〒 333-3333 東京都〇〇市〇〇〇3-3-3	
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(申請中含む)	
健康保険法による指定	医療機関・薬局・ステーションコード(7けた)	健康保険法による指定期間	
	7 * * * * *	平成 〇月 〇日	
介護保険法による指定(訪看のみ)	1 3 6 * * * * *	平成 年 月 日 から 平成 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)	

開設者が法人の場合、代表者氏名及び生年月日は不要

管理者個人の生年月日、住所を記載してください。

訪問看護ステーションは、両方記載してください。

上記のとおり申請します。
平成〇〇年〇〇月〇〇日
東京都知事殿

提出年月日を記載

シャチハタ等の浸透印は使用不可です。
法人の場合は法人印を押印してください。

住所: 東京都△△区△△△2-2-2
氏名: 株式会社△△

印

必ず記入・捺印してください。
(住所・氏名は 開設者 の情報を記入)

連絡先 (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。

東京都知事殿

平成〇〇年〇〇月〇〇日

業務の種類(医科/歯科/薬局/訪問看護ステーション)を問わず、申請書には必ず本誓約書を添付してください。

申請者(開設者)の氏名及び住所

個人の場合は主たる事務所の所在地及び法人名称)

〒222-2222

住所: 東京都△△区△△△2-2-2

※法人の場合は、主たる事業所の所在地

氏名: 医療法人社団△△会

※法人の場合は、法人名称及び法人印

印

医療機関名: 医療法人社団△△会〇〇クリニック (医療機関コード: 1234567) については、下記のいずれにも該当しないことを誓約します。

必ず記入・捺印してください。
シヤチハタ等の浸透印は使用不可です。
法人の場合は法人印を押印してください。

(誓約項目)

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(昭和22年法律第164号)
- 2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)
- 3 栄養士法(昭和22年法律第245号)
- 4 医師法(昭和23年法律第201号)
- 5 歯科医師法(昭和23年法律第202号)
- 6 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)
- 7 歯科衛生士法(昭和23年法律第204号)
- 8 医療法(昭和23年法律第205号)
- 9 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)
- 11 社会福祉法(昭和26年法律第45号)
- 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(昭和35年法律第145号)
- 13 薬剤師法(昭和35年法律第146号)
- 14 老人福祉法(昭和38年法律第133号)
- 15 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)
- 16 柔道整復師法(昭和45年法律第19号)
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)
- 18 義肢装具士法(昭和62年法律第61号)
- 19 介護保険法(平成9年法律第123号)
- 20 精神保健福祉法(平成9年法律第131号)
- 21 言語聴覚士法(平成9年法律第132号)
- 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(平成17年法律第123号)
- 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(平成17年法律第124号)
- 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(平成18年法律第77号)
- 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(平成23年法律第79号)
- 26 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)
- 28 国家戦略特別区域法(平成25年法律第107号。第12条の4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(平成26年法律第50号)
- 30 公認心理師法(平成27年法律第68号)

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し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助産又は施術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

医療機関 名称				医療機関・薬局・ステーションコード								
医療機関 所在地												
変更内容										変更年月日		
名称	変更前											平成 年 月 日
	変更後	(フリガナ)										
開設者	変更前	氏名			生年月日	明 大 昭 平 年 月 日						平成 年 月 日
		住所	*法人の場合は主たる事務所の所在地									
	変更後	氏名	(フリガナ)		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日						
		住所	〒									
管理者	変更前	氏名			生年月日	明 大 昭 平 年 月 日						平成 年 月 日
		住所										
	変更後	氏名	(フリガナ)		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日						
		住所	〒									
その他	変更前											平成 年 月 日
	変更後											

上記のとおり届出ます。

平成 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)

〒 ー

住所: _____
*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名: _____ 印
*法人の場合は法人名称及び法人印

担当者連絡先: TEL() ー 担当者名: _____

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・ステーションコード」、「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・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 「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、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(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、法人代表者印を押印してください。
- 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。

記入例

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

医療機関 名称		医療法人社団△△会 □□クリニック		医療機関・薬局・ステーションコード		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										平成○○年○○月○○日	
	変更後	(フリガナ) イリョウホウジンシャダシヤダン△△カイ □□クリニック											
変更後	医療法人社団△△会 □□クリニック												
開設者	変更前	氏名				生年月日	明 大 昭 平 年 月 日			平成 年 月 日			
		住所	*法人の場合は法人名称										
	変更後	氏名	(フリガナ)			生年月日	明 大 昭 平 年 月 日						
		住所	〒										
管理者	変更前	氏名	東京 太郎			生年月日	明 大 昭 平 33 年 3 月 3 日			平成○○年○○月○○日			
		住所	東京都□□市□□□3-3-3										
	変更後	氏名	(フリガナ) トウキョウ ハナコ			生年月日	明 大 昭 平 55 年 5 月 5 日						
		住所	〒 555-5555 東京都△△市△△△5-5-5										
その他	変更前	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> シャチハタ等の浸透印は使用不可です。 法人の場合は法人印を押印してください。 </div>											
	変更後												

上記のとおり届出ます。

平成○○年○○月○○日

東京都知事殿

提出年月日を記載

<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)

〒 **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及び法人印

印

担当者連絡先: TEL(**03**) **5555 - 5555** 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

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						
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		平成 年 月 日							
廃止・休止・再開・辞退理由									

上記のとおり届出ます。

平成 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: _____ 印
* 法人の場合は法人名称及び法人印

担当者連絡先: TEL() _____ 担当者名: _____

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

届出内容	<p>廃止 ・ 休止 ・ 再開 ・ 辞退</p>	医療機関・薬局・ ステーションコード	1	2	3	4	5	6	7
業務の種類	<p>(1) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局 (4) 訪問看護ステーション</p>								
医療 機 関	別冊	イリョウホウジンシャダン△△カイ ○○クリニック							
	名称	医療法人社団△△会 ○○クリニック							
	所在地	〒 111-1111 東京都新宿区西新宿 1-1-1							
廃止・休止・再 開・辞退年月日	平成○○年○○月○○日								
廃止・休止・再 開・辞退理由	<p>移転のため。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>シヤチハタ等の浸透印は使用不可です。 法人の場合は法人印を押印してください。</p> </div>								

上記のとおり届出ます。

平成○○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

<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)

〒 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

印

* 法人の場合は法人名称及び法人印

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