|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | (1)　医科　　　　　(2)　歯科　　　　　(3)　薬局 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医　療　機　関 | フリガナ | ＊該当する種類に〇  ＊訪問看護ステーションは別様式 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者または  管理薬剤師師 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | ＜チェック欄＞ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険法による指定 | | | | | | | | | | | | | 有（申請中を含む） | | | | | |
| 健康保険法による指定 | | 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＞ | | | | 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 | | 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  担当者連絡先　ＴＥＬ（　　　　）　　　　　―　　　　　　担当者氏名： | | | | | | | | | |

---------------------------------------福祉事務所使用欄---------------------------------------

＊別紙の「欠格事由」に該当しないことを確認してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定についての意見 |  |