

生活保護法等

・生活保護法
 ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定(指定更新)を申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------|------|-----------------------------------|-----|---|-----------------------------------|-----|--|--|
| 名 称 | (フリガナ) | | 医療機関コード | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 - Tel () - | | | | | | | | | | |
| 開設者 氏名 【法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名を記載】 生年月日 【訪問看護事業所で開設者が個人の方のみ記載】 住所 【訪問看護事業所のみ記載で、法人は、主たる事務所の所在地、個人は、住所を記載】 | 氏名(名称等) | (フリガナ) | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 病院、診療所、歯科、薬局 (の方については、記載不要)です。 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - 病院、診療所、歯科、薬局 (の方については、記載不要)です。 | | | | | | | | | |
| 管理者または管理薬剤師 氏名 【病院、診療所、歯科、薬局の方は、氏名のみ記載】 【訪問看護事業所の方は、氏名、生年月日及び住所を記載】 | 氏名 | (フリガナ) | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 病院、診療所、歯科、薬局 (の方については、記載不要)です。 | | | |
| | 住所 | 〒 - 病院、診療所、歯科、薬局 (の方については、記載不要)です。 | | | | | | | | | |
| 診療科名又は業務の種類 | | | | | | | | | | | |
| 健康保険法による指定 | 有 | 指定申請中 | 有効期間 | 年 | 月 | 日から | 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 開設者が個人で、次の①、②に該当する場合は『有』にしてください。 ① 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の。 ② 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もの。 ・ 開設者が法人の場合は『無』にしてください。 | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | |
| 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事項 | <チェック欄> <input type="checkbox"/> 「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。 | | | | | | | | | | |

年 月 日

(申請先)

横 須 賀 市 長

〒 -

住 所

申請者(開設者)

Tel () -

氏 名

(印不要)

この申請書は、健康保険法による指定を既に受けている医療機関等が、新たに生活保護法による指定を受けたいの場合のみ提出してください。

なお、令和5年7月1日以降、関東信越厚生局へ健康保険法による指定申請と同時に生活保護法による指定申請も行っている場合は、改めて提出の必要はありません。

※訪問看護ステーションは、関東信越厚生局及び横須賀市へそれぞれ届出をする必要があります。

注意事項

- この書類は、生活保護法の医療扶助及び、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付の指定申請書です。
- 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。
- 申請する場合には、**指定欠格事由に該当しない事を確認後、誓約事項チェック欄に必ず☑**してください。
- この書類は、横須賀市民生局福祉こども部生活支援課に提出してください。
- 貴機関が新たに指定された場合には、市公報により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 「名称」は、関東信越厚生局に届け出た正式な名称を記載してください。（関東信越厚生局が発行する健康保険法の指定通知書に記載の名称となります。）
- 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。

「開設者」が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載してください。「生年月日」は、訪問看護事業所で開設者が個人の方のみ記載してください。「住所(所在地)」は、訪問看護事業所のみ記載で、法人は、主たる事務所の所在地、個人は、開設者の自宅の住所を記載してください。
- 「管理者または管理薬剤師」は、病院、診療所(歯科を含む)及び薬局の場合、管理者または管理薬剤師について、氏名のみ記載してください。訪問看護ステーションの場合は、管理者氏名、生年月日、住所を記載してください。
- 「診療科名又は業務の種類」は、標榜する診療科名を記載してください。
※薬局及び訪問看護事業所等の場合は「薬局」、「訪問看護」と記載してください。
- 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を「指定申請中」の下に記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。

「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」とは、次のいずれかに該当するものです。
① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは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医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
※開設者が法人の場合は、必ず「無」に丸を付けてください。
- 「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」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 「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事項」について、「指定欠格事由」に該当しない場合、チェック欄に(☑)してください。
- 申請書右下の「申請書(開設者)」欄について、法人の場合は、法人名称、代表者の職名・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。