

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

生活保護法第49条（同法第55条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。（中国残留邦人等の医療支援給付の指定申請も兼ねます。）

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------|--|
| 名 称 | (フリガナ) | 医療機関コード | |
| 所在地 | 〒 _____ Tel (_____) _____ | | |
| 開設者の氏名、生年月日、住所（法人の場合は、「氏名（名称等）」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) | 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 住所（所在地） | 〒 _____ | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 住所 | 〒 _____ | |
| 診療科名 | | | |
| 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 | | |
| 現に受けている生活保護法による有効期間満了日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※（更新の場合のみ記載） | | |

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

相 模 原 市 長

〒 _____
申請者 住 所
(開設者)
氏 名

(印)