様式第８号

　　　　　　（表）

　　　　生活保護法指定医療機関　指定 ・ 指定更新 申請書

　　　　（医科・歯科・薬局用）

※該当する種類に○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | （１）医科　　　　（２）歯科　　　　（３）薬局　　　　　※訪問看護ステーションは別様式 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | （フリガナ） | | | | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |
| 所在地 | 〒　　　　　 -  ℡（　　　　）　　 　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 開設者  （法人の場合は、法人の名称及び代表者の氏名を記載） | 氏名（名称等） | （フリガナ） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 氏  名 | （フリガナ） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | ※「指定欠格事由」に該当しないことを確認後、  ＜チェック欄＞  　　　　　　左のチェック欄にチェック（☑）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） | | | | | | | | | | | |

上記のとおり指定を申請します。

　　　年　　　月　　　日

（申請先）

　　広島県知事　 様

**（福祉事務所経由）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）　　　〒　　　　　　　 -

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　）　　　 　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とすること。

（裏）

注意事項

　１　この書類は、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　貴機関が新たに指定された場合には、県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

　３　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

　１　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。

　２　「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。

　３　「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。

　４　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氏名を記載してください。

　５　「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。

* 薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。

　６　「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。**

　７　「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、以下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

８　「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。

９　「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」については、「指定欠格事由」に該当しない場合、チェック欄にチェック（☑）してください。

10　申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。