

今回のみなし指定の申請は全て「指定」となります

記載例

生活保護法指定医療機関 **指定**・指定更新 申請書

保険医療機関番号を記載

名称	(フリガナ) 〇〇イイン		医療機関コード	0	0	1	2	3	4	5	
	〇〇 医院										
所在地	〒 780 - 8570		高知市丸ノ内1番地 Tel (088) 823 - 9624								
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」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) ケンチョウ ハナコ 医療法人 県庁会 理事長 県庁 花子									
	生年月日	年 月 日 開設者が個人の場合は記載してください。									
	住所(所在地)	〒 780 - 8570 高知市丸ノ内1番地									
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ) ケンチョウ ハナコ 県庁 花子						生年月日	S 4 5 年 1 月 1 日		
	住所	〒 780 - 8570 高知市丸ノ内200番地11									
診療科名	内科、小児科 病床のない場合は記入不要です。										
病床数	薬局の場合は記入不要です。	一般	40 床 (0 床)		結核	床 (床)					
		療養	床 (床)		感染症	床 (床)					
健康保険法による指定	厚生支局の保険医療機関及び保険薬局の指定通知にある期間を記 有 <input checked="" type="radio"/> ・ 指定申請中				有効期間	2 6 年 1 月 2 0 日 から 3 2 年 1 月 1 9 日 まで					
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定	有 <input type="radio"/> ・ 無 <input checked="" type="radio"/> ・ 指定申請中				年 月 日 指定(申請)						
結核指定医療機関について記載してください 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の該当の有無	有 <input type="radio"/> ・ 無 <input checked="" type="radio"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事する医師若しくは薬剤師がいる場合、その医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。</p> <p>開設者である医師(個人)のみで診察を行っている診療所や薬剤師(個人)のみで調剤を行っている薬局等が該当します。 (裏面の10及び別紙「指定医療機関開設者の皆様へ」の有効期間(更新制)の箇所を参照してください。)</p> <p>例1: 医療法人の場合...無 例2: 医師個人での開設で、所属する医師が院長のみの場合...有 例3: 医師個人での開設で、医師が院長と院長の家族のみの場合...有</p> </div>									
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。

今回のみなし指定の手続きにおいては記入の必要はありません。

平成 **26** 年 **7** 月 **27** 日

高知県知事 様

〒 **780 - 0850**
住 所 **高知市丸ノ内1番地**

申請者(開設者)

Tel (088) 823 - 9624
氏 名 **医療法人 県庁会 理事長 県庁 花子**

県庁

印