

(記入例)

記入方法は、裏面を参照してください。

生活保護法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基づく指定医療機関 指定
指定更新 申請書

生活保護法第49条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第14条第4項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

医療機関の種類	①病院 (2)診療所 (3)薬局 (4)訪問看護		
名称	(ふりがな) しゃくしょびょういん	医療機関コード	1 5 × × × × × ×
	市役所病院		
所在地	〒 720 - 8501	健康保険法による指定を受けた際の 名称・所在地等を記入してください。	
	福山市東桜町3番5号 電話 (084) - 928 - 1066		
開設者の名前、生年月日及び住所 (法人の場合は、「名前(名称等)」欄に法人の名称及び代表者の職・名前を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	名前(名称等)	(ふりがな) いりょうほうじん ふくやましゃくしょかい りじちよう ふくやま たろう 医療法人 福山市役所会 理事長 福山 太郎	
	生年月日	年 月 日	開設者が法人の場合は不要で
	住所(所在地)	〒 720 - 8501 福山市東桜町3番5号	
管理者の名前、生年月日及び住所	名前	(ふりがな) ふくやま はなこ 福山 花子	生年月日 ○年○月○日
	住所	〒 720 - ×××× 福山市神辺町大字川北×××番地1	
診療科名	内科、外科		
健康保険法による指定 (訪問看護ステーションの場合は介護保険法による指定)	○ ・ 指定申請中	有効期間	R1年 5月 1日 から R7年 4月 30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 ※裏面「記載要領8」を参照してください。	○ ・ 無		
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)		

年 月 日
(申請先)
福山市長様

申請者(開設者)

欄内の「開設者」、別紙誓約書の「申請者(開設者)」と同じ住所と名前をご記入ください。

〒 720 - 8501

住所 **福山市東桜町3番5号**

電話(084) - 928 - 1066

指定年月日(福山市にて記入)

名前

**医療法人 福山市役所会
理事長 福山 太郎**