

(様式第1号)

※ 生活保護法指定医療機関 [指 定] 申請書
[指 定 更 新]

※ 生活保護法 [第 49 条 の 2] の規定に基づき、次のとおり申請します。
[第 49 条 の 3]

名 称					医療機関 コード								
所 在 地	〒 松山市												
開 設 者	氏名又は 名 称												
	生年月日												
	住所又は 所 在 地	〒											
管 理 者	氏 名												
	生年月日												
	住 所	〒											
診 療 科 名 (業務の種類)													
病 床 数	一 般	床	結 核	床									
	療 養	床	感 染 症	床									
	精 神	床											
健康保険法による 指 定 期 間	有 ・ 申請中				年	月	日から	年	月	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 ・ 無 ・ 申請中				年	月	日指定						
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	「有」の場合で、 開設者以外の医 師、歯科医師若 しくは薬剤師が いる場合、その 者の氏名を記載 して下さい。			氏 名								
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 (更新申請時のみ)	令和 年 月 日												

令和 年 月 日
(宛先) 松山市長

〒
住所
申請者
氏名

注意事項

1. この書類は、松山市長あてに直接又は郵送により提出してください。
2. 貴機関が指定された場合には、公示するほか、指定通知書により通知します（平成 26 年 7 月 1 日以降、指定期間の更新を行った場合は、公示は行いません）。
3. 生活保護法において指定された場合には、「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」においても指定されたものとみなします。
4. 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、通知がされるまでの間は、その効力を有します。

記載要領

1. ※印のところは、不要のものを で消してください。「指定」は生活保護法第 49 条の 2、「指定更新」は生活保護法第 49 条の 3 の規定に基づいています。
2. 病院、診療所又は薬局が申請する場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が申請する場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。
3. 「名称」欄は、略号等を用いることなく医療法等により許可若しくは指定を受け又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
4. 「医療機関等コード」欄は、四国厚生支局が割り振る医療機関コード、訪問看護ステーションコード又は薬局コードを記載してください。
5. 「開設者」欄は、開設者が法人の場合は、「氏名又は名称」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を、「住所又は所在地」欄は、法人の主たる事務所の所在地を記載してください（生年月日については記載不要です）。
6. 「管理者」の各欄は、医療法等により届け出た管理者について記載してください。
7. 「診療科名」欄は、医療法施行令で掲げられたものとし、複数ある場合は同項の記載順序に従って記載してください。また、訪問看護ステーションにあつては「訪問看護」と、薬局にあつては「薬局」と記載してください。
8. 「病床数」欄は、医療法により許可を受け、又は届け出た数を記載してください。
9. 「健康保険法」及び「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」については、該当する項目のいずれかを○で囲み、有効期間を記入してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合、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。
10. 「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」欄は、該当する項目のいずれかを○で囲んでください。なお、該当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あり、下記イに該当する場合には、診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。
ア. 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であつて、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、歯科医師又は薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
イ. 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であつて、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、歯科医師又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、歯科医師又は薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
11. 「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（更新申請時のみ）」欄は、生活保護法第 49 条の 3 第 1 項に基づき指定更新を申請する場合に記載してください。
※平成 26 年 7 月 1 日より 1 年間、経過措置により指定を受けているとみなされている医療機関が更新の申請を行う場合には、記載は不要です。
12. 申請者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。