

記入例

生活保護法
中国残留邦人等支援法

指定医療機関 指定申請書

八王子市

新規 ・更新		(更新の場合に記入) 生活保護法指定期間満了日		令和 年 月 日	
業務の種類		(1)医科 (2)歯科 (3)薬局 (4)訪問看護ステーション			
医療機関	フリガナ	ホウモンカンゴステーション			
	名称	訪問看護ステーション			
所在地	〒	東京都 市 - -			
	TEL ()	-			
開設者	フリガナ	カブシキガイシャ		生年月日	明大昭平
	氏名	株式会社			年 月 日
住所	〒	東京都 市 - -			
	*法人の場合は、主たる事務所の所在地				
管理者 薬剤師は	フリガナ	ハチオウジ タロウ		生年月日	明大昭平
	氏名	八王子 太郎			年 月 日
住所	〒	東京都 市 - -			
	*法人の場合は、主たる事務所の所在地				
健康保険法(又は介護保険法)による指定		<チェック欄> <input checked="" type="checkbox"/> 有(申請中を含む)			
健康保険法による指定	医療機関・薬局・ステーションコード(7けた)		令和 年 月 日		
	7	* * * * *	訪問看護ステーションは、両方記載してください。		
介護保険法による指定 (訪問のみ)	介護事業所番号(10けた)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
	1	3 6 * * * * *			
勤務医等	<チェック欄> <input type="checkbox"/> 開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、もしくは開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配属医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している				

管理者個人の生年月日、住所を記載してください。

訪問看護ステーションは、両方記載してください。

シャチハタは使用しないでください。法人の場合は法人印を押印してください。

提出年月日を記載してください。

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

八王子市長 殿

<申請者(開設者)>
(法人の場合は主たる事務所の所在地)

〒 -
住所 東京都 市 - -
*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 株式会社
*法人の場合は法人名称及び法人印

印

担当者連絡先 TEL () - 担当者名

福祉事務所使用欄

この欄は、行政側が使用しますので、記入不要です。