

記入例

生活保護法指定 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	イリヨウハウジンシャダン△△カイ ○○クリニック	
	名称	医療法人社団△△会 ○○クリニック	
	所在地	〒 000 - 0000 東京都000市00町 0-00-0 TEL (000) 000 - 0000	
開設者	フリガナ	イリヨウハウジンシャダン △△カイ	生年 明 大 昭 平
	氏名	医療法人社団△△会 <small>*法人の場合は、法人名称</small>	年月日 年 月 日 <small>*法人の場合は記載不要</small>
	住所	〒 000 - 0000 東京都00市00町 0-00-0	<small>*法人の場合は、主たる事務所の所在地</small>
管理薬剤師	フリガナ	ハチオウジ タロウ	生年 明 大 昭 平
	氏名	八王子 太郎 管理者個人の生年月日、住所を記載してください。	年月日 00年 0 月 00日
	住所	〒 000 - 0000 東京都00市00町 0-00-0	
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ケタ)	健康保険法による指定期間	
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 令和 ■ 年 ■ 月 ■ 日	
介護保険法による指定 (※訪問のみ)	介護事業所番号(10ケタ)	介護保険法による指定期間	
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
勤務医等	<input type="checkbox"/> <small><チェック欄></small> 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。 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。		

上記のとおり申請します。
令和 0 年 0 月 00 日
八王子市長 殿

提出年月日を記載してください。

<申請者(開設者)>
〒 000 - 0000
住所 東京都00市00町 0-00-0
*法人の場合は主たる事務所の所在地
氏名 医療法人社団△△会 **印**
*法人の場合は法人名称及び法人印

担当者連絡先 TEL (000) 000 - 0000 担当者名 △△

福祉事務所使用欄

指 この欄は、行政側が使用しますので、記入不要です。