

生活保護法指定 助産機関・施術機関 指定申請書

生活保護法第49条(同法第55条において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

なお、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後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、同様に指定を申請します。

施 術 者 氏 名	(フリガナ) _____
施 術 者 生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成
住 所	〒 _____ <div style="text-align: right;">TEL _____</div>
開設している(勤務している)助産所又は施術所の名称	(フリガナ) _____
開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地	〒 _____ <div style="text-align: right;">TEL _____</div>
業 務 の 種 類	_____

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請先)

熊 本 市 長 様

〒 _____
住 所

申請者

TEL _____

施 術 者 名

(裏面の記載要領にしたがって記載してください)

(注意事項)

- 1 この書類は、市長(保護管理援護課)に直接して提出してください(郵送可)。
- 2 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関が指定された場合には、市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 4 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条(同法第55条において準用する場合を含む。)の規定に基づく指定の申請をしない場合は、指定申請書の該当部分を一本線で消してください。

(記載例)

生活保護法第49条(同法第55条において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。
なお、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後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、同様に指定を申請します。

- 5 指定日は、原則として本申請書を受理した日からとなります。

(記載要領)

- 1 指定は助産師又は施術者ごとに行いますので、複数の助産師又は施術者が勤務する場合は、助産師又は施術者ごとに申請をしてください。
- 2 「名称」は、略称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てください。
- 3 施術の申請の場合、「(業務の種類)」は、施術の種別を記載ください。また、複数の種別を申し込む際には、「はり・きゅう」を除き、別々の申請書にて申請してください。
※例:「あん摩マッサージ指圧師」と「はり師及びきゅう師」の申請をする場合は、2枚提出
- 4 申請者の欄には申請者の氏名、住所を記載のうえ、申請者個人の印(印鑑登録をされている印)を押印してください。
- 5 本市と協定を締結している団体又は所属する法人を通じて申請する場合は、申請者の欄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。あわせて、指定を受ける施術者の氏名を記載してください。

※本市と協定を締結している団体

(柔道整復師)

協同組合 日本柔整総研

(あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師)

熊本市鍼灸マッサージ師会

熊本市保険按摩鍼灸師会

生活保護法指定 助産機関・施術機関 指定申請書 **【記入例】**

生活保護法第49条(同法第55条において準用する場合を含む。)の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

なお、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後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、同様に指定を申請します。

施 術 者 名 氏 名	(フリガナ) セイコツ ジロウ 整骨 次郎
施 術 者 日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 33 年 1 月 1 日 <input type="checkbox"/> 大正 平成
住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> ※施術者の方のご住所 TEL
開設している(勤務している)助産所又は施術所の名称	(フリガナ) タロウセイコツイン クマモト 太郎整骨院 熊本
開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 熊本市中央区手取本町1-1000 生活保護ビル1階101号 TEL 096-999-9999
業 務 の 種 類	柔道整復

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請先)
熊本市長様

※法人の場合は法人の主たる事務所所在地
〒 -
住 所

〇〇市〇〇区〇〇-〇-〇

申請者 氏名 ※法人の場合は法人名及び代表者名 TEL **096-888-8888**
※法人の場合

株式会社 太郎鍼灸 代表取締役 施術 太郎

施術者名 **整骨 次郎**

(裏面の記載要領にしたがって記載してください)