

指定又は指定更新に○

生活保護法等指定医療機関

指定

・指定更新

申請書

開設許可証等に記載されている医療機関名を記載

7桁の保険医療機関番号を記載  
開設前で番号不明の場合は空欄可

|                                                                                   |                                                                                                            |                                                    |                    |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| 名称                                                                                | (フリガナ) <div>ヒゴクマモトビョウイン</div>                                                                              |                                                    | 医療機関コード            | 77・7777・7                              |
|                                                                                   | 肥後熊本病院                                                                                                     |                                                    |                    |                                        |
| 所在地                                                                               | 〒 860-8601                                                                                                 |                                                    | TEL (096) 328-2111 |                                        |
|                                                                                   | 熊本市中央区手取本町1番1号                                                                                             |                                                    |                    |                                        |
| 開設者の氏名、生年月日、住所<br>(法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載) | 氏名(名称等)                                                                                                    | (フリガナ) <div>イリョウホウジンシャダンマルマルカイ リジチョウ セイホ タロウ</div> |                    |                                        |
|                                                                                   |                                                                                                            | 医療法人社団〇〇会 理事長 生保 太郎                                |                    |                                        |
|                                                                                   | 生年月日                                                                                                       | 年 月 日 ※開設者が法人の場合は不要                                |                    |                                        |
|                                                                                   | 住所(所在地)                                                                                                    | 〒 860-8002<br>熊本市中央区本丸1番1号                         |                    |                                        |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所                                                                   | 氏名                                                                                                         | (フリガナ) <div>セイホ ジロウ</div> <div>生保 二郎</div>         | 生年月日               | S〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                        |
|                                                                                   | 住所                                                                                                         | 〒 862-8555<br>熊本市東区東本町16-30                        |                    |                                        |
| 診療科名                                                                              | 訪問看護ステーションの場合<br>空欄でご提出ください<br>内科、外科                                                                       |                                                    |                    |                                        |
| 健康保険法による指定                                                                        | 保険医療機関の指定があれば「有」<br>※指定更新申請なら「有」<br><div>有</div> ・指定申請中                                                    |                                                    | 有効期間               | R〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から<br>R〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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                                               | 申請書裏面参照。<br>・開設者が法人: 無<br>・開設者が個人<br>→開設者のみが診療: 有<br>→開設者とその家族が診療: 有<br>→開設者と家族以外も診療: 無<br>有・ <div>無</div> |                                                    |                    |                                        |
| 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)<br>※前回指定時に交付された指令書または更新案内に記載                                                               |                                                    |                    |                                        |

上記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、同様に申請します。

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(申請先)  
熊 本 市 長 様

住 所  
〒 860-8002  
申請者(開設者)  
熊本市中央区本丸1番1号

氏 名  
医療法人社団〇〇会 理事長 生保 太郎

開設者と同じ  
誓約書もこれと同じように記載