

- 記 入 例 -

生活保護法指定医療機関及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び
永住帰国後の自立に関する法律指定医療機関 指定・指定更新 申請書

関東信越厚生局から発行されている指定通知書の内容を転記してください

名 称	(フリガナ) 〇〇歯科	医療機関コード	
所 在 地	〒 - 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
開設者の氏名、生年月日、住所 (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) 医療法人〇〇会 理事長 △△ △△		
	生年月日 明治・大正 昭和・平成	年 月 日	← 法人の場合は記載不要です
	住所(所在地) 〒 - 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名 (フリガナ) 茨城 太郎	生年月日 明治・大正 昭和・平成	〇〇年〇月〇日
	住所 〒 - 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	関東信越厚生局の指定通知書にてご確認の上、更新後の有効期間を記載してください。尚、更新申請中の場合は「指定申請中」に〇をつけて、更新予定後の新しい有効期間(6年間)を記載してください。	
診療科名	歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口腔外科		
健康保険法による指定	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 指定申請中	有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日から _____ まで 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	<input type="radio"/> (1)個人開設で、かつ、開設者のみ診療・調剤行為を行っている(個人経営) <input type="radio"/> (2)個人開設で、かつ、開設者と同居する家族のみで診療・調剤行為を行っている(家族経営) ※「家族」とは開設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をいいます。		・ 無
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	〇〇年〇〇月〇〇日 (更新の場合のみ記載)		

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

(申請先)

茨 城 県 知 事 殿

〒 -
住 所

申請者(開設者)

〒 () -

氏 名

上記、開設者の氏名・住所・電話番号と相違ないように記載して下さい。