

保健福祉センター 受理年月日	課長	補佐・係長	係員
送付 年月日			

生活福祉課 受理年月日
処理日

(D1-1)

生活保護法 指定医療機関 **指定** ・ 指定更新 申請書  
中国残留邦人等支援法(注)

名 称	(フリガナ) キョウトマルマルシンリョウショ 京都〇〇診療所	医療機関コード (7桁)	近畿厚生局へ 申請中の場合 は空欄
所在地	〒 601 - 0000 中京区寺町通御池下る下本能寺前町〇〇番地		
連絡先	電話番号 075-123-4567	FAX 075-123-4560	
開設者の氏名、生年月日、住所 (住民登録されている住所、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) ※訪問看護ステーション以外は生年月日及び住所を省略可能。	氏名(名称等) (フリガナ) キョウト タロウ 京 都 太 郎		
	生年月日 昭和 40 年 4 月 4 日		
	住所(所在地) 〒 600 - 0001 中京区河原町通二条上る榎木町△△番地		
管理者の氏名、生年月日及び住所 ※訪問看護ステーション以外は生年月日及び住所を省略可能。	氏名 (フリガナ) キョウト ハナコ 京 都 花 子	生年月日	平成元 年 1 月 1 日
	住所 〒 600 - 0002 中京区御池通柳馬場東入東八幡町□□番地		
診療科名	内科、外科、皮膚科	近畿厚生局へ 申請中の場合は空欄 ↓	
健康保険法による指定	有 ・ <b>指定申請中</b>	有効期間	年 月 日から 年 月 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	<b>有</b> ・ 無	開設者が法人の場合は「無」となります。	
誓約事項	<input checked="" type="checkbox"/> 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までに該当しない旨の誓約 (誓約事項詳細は別紙を確認のこと。別紙の提出は不要)		

上記のとおり指定を申請します。

〇〇年 △△ 月 □□ 日

(申請先)

京 都 市 長

〒 600 - 0001

住 所 中京区河原町通二条上る榎木町△△番地

申請者(開設者)

TEL ( 075 ) 222 - 8900

氏 名

京 都 太 郎

開設者が法人の場合は、法人所在地、法人名及び代表者名を記載してください。