

注意事項

- 1 この申請書は、所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。
- 2 厚生局の発行する保険医療機関指定通知書の写しを添付してください。なお、介護保険法の指定を受けている訪問看護事業者については、保険医療機関指定通知書の代わりに川崎市の発行する介護保険法による指定通知書の写しを添付してください。
- 3 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書を添付してください。
- 4 貴機関が指定された場合には、告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 5 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定又は指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「診療科名又は業務の種類」は、病院又は診療所の場合は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。薬局又は訪問看護事業者の場合は、「薬局」又は「訪問看護」と記載してください。
- 6 「健康保険法による指定」及び「介護保険法による指定(訪問看護の場合のみ記載)」は、「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法又は介護保険法による指定の有効期間を記載してください。
※健康保険法又は介護保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
- 7 「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」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 8 「生活保護受給者への医療給付開始(予定)年月日」は生活保護受給者への医療給付を開始する年月日を記載してください。なお、指定更新の申請の場合は、記載は不要です。
- 9 「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」とは、以下のいずれかに該当するものです。
 - (1) 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師又は薬剤師のみが診療又は調剤に従事しているもの
 - (2) 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師又は薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族又は兄弟姉妹である医師、歯科医師又は薬剤師のみが診療又は調剤に従事しているもの
- 10 申請者は開設者となりますので、開設者の住所及び氏名を記載し、押印してください。法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の職名及び氏名を記載し、代表者印を押印してください。