第29号様式（第７条関係）

生活保護法等指定医療機関指定申請書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(開設者) | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 新規指定　　・　　指定更新 |
| 名称 | (フリガナ） |  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
|  | 電話番号　 |
| 開設者 | 氏　名(名称) | (フリガナ） |  |
|  |
| ※法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ※法人の場合は記載不要 |
| 住　所(所在地) | 〒 |
|  |
| ※法人の場合は主たる事務所の所在地 |
| 管理者 | 氏　名 | (フリガナ） |  |
|  |
| 診療科目 |  |
| 健康保険法による指定 | 有　・　指定申請中 | 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 | 有　　　・　　　無 | 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 | □ |
| 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（指定更新の場合のみ記載） |

備　考

⑴　新規指定の場合、いわき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。

　⑵　指定更新の場合、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。