

様式第1-1号

生活保護法  
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等

※  
指定 { 医療機関  
助産師  
施術者 } 指定申請書

〔 生活保護法第49条（同法第55条において準用する場合を含む。）  
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等 〕

の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

|            |              |    |   |     |       |
|------------|--------------|----|---|-----|-------|
| フリガナ<br>名称 |              |    |   |     |       |
| 所在地        | (〒 - )       |    |   |     |       |
| 医療機関等コード   |              |    |   |     |       |
| 業務の種類      | 医科・歯科・薬局・( ) |    |   |     |       |
| 健康保険法による指定 | 有            | 平成 | 年 | 月   | 日指定   |
|            | 無            | 平成 | 年 | 月   | 日指定予定 |
| 連絡先        | 電話           | -  | - | 担当者 |       |

平成 年 月 日

福井県知事様

〒  
住所  
申請者  
(開設者) 氏名

㊞

## 様式第1－1号

### 注意事項

- 1 この書類は、県健康福祉部地域福祉課へ指定業務開始の5日前までに提出してください。
- 2 医師、歯科医師、助産師または施術者の場合は、免許証の写しを添付してください。(病院・診療所・薬局が申請する場合は、医師等の免許証の写しの添付は要しない。)
- 3 貴機関等が指定された場合には、県報告示により公示するほか、指定の指令書により通知します。

### 記載要領

- 1 病院、診療所または薬局が申請する場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が申請する場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。
- 2 ※印のところは、不要のものを———で消してください。
- 3 「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可もしくは指定を受け、または届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としてない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 4 「医療機関等コード」は、医療機関コード、訪問看護ステーションコード、または薬局コード等を記載してください。
- 5 「業務の種類」の( )には、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」、「柔道整復」、「あん摩」等を記載してください。
- 6 「健康保険法による指定」は、有無いずれかを○で囲んでください。指定申請中の場合は、無で指定予定日を記載してください。
- 7 申請者が法人の場合は、法人名とともにその代表者の指名および主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。
- 8 その他、生活保護法・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等の指定申請手続きについては、福井県庁のホームページの地域福祉課のページをご覧ください。