様式第６号の２（第７条関係）

生活保護法指定医療機関（訪問看護ステーション等）

指定・指定更新　申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | フリガナ |  | ステーションコード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 開 設 者 | フリガナ |  | | |
| 氏名（名称等） |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 住　　所  （所在地） |  | | |
| 管 理 者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 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 |
| 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　（更新の場合のみ記載） | | |

次のとおり指定・指定の更新を申請します。

　　　　年　　月　　日

　島根県知事　様

住　所

申請者（開設者）

　　　　　　　　氏　名

（裏）

【注意事項】

１　この書類は、知事に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

２　貴機関が新たに指定された場合には、告示するほか、指定通知書により通知します。

３　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」及び申請文の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。

２　事業者が健康保険法上のみなし指定を受けている場合、「名称」は、介護保険法に基づく介護サービス事業者として指定を受けた名称を記載してください。

３　「ステーションコード」は、指定訪問看護ステーションコード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。

５　「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「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による指定の有効期間を記載してください。また「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。

※　健康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。

※　介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。

６　「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項の規定により指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。

７　申請者（開設者）の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。