第1号様式（第2条関係）

個人開設者用

指定医療機関　指定　申請書

年　　月　　日

那覇市長　宛

開設者の住所・氏名を記載する

〒　111-1111

住所　　那覇市泉崎１丁目１番１号

（開設者）

②　氏名　　那覇　太郎

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定される指定医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

医療機関名 ③	（フリガナ）　□□ビョウイン ■■病院	保険医療機関指定通知書のとおりに名称・所在地・電話番号を記載する
所　在　地 ④	〒　222-2222 那覇市泉崎１丁目１番２号　▲▲ビル２階 ＴＥＬ　098-861-5193　ＦＡＸ　098-862-4267	
開設者の氏名、生年月日、住所 ※法人の場合は、「氏名（名称）」欄に法人の名称を、代表者の職・氏名は「職名・氏名」欄に記載して下さい。「住所」欄に主たる事務所の所在地（法人登記上の住所）を記載してください。	氏名（名称）：（フリガナ）　ナハ　タロウ 那覇　太郎 生年月日：令和　５　年　　月　　日　職名・氏名： 住所：〒　111-1111 那覇市泉崎１丁目１番１号	開設者の氏名、生年月日、住所を記載する 職名・氏名欄は空欄でも可
管理者の氏名、生年月日、住所	氏名：（フリガナ）　ナハ　ジロウ 那覇　次郎　生　４　月　５　日 住所：〒　333-3333 浦添市〇〇２丁目〇番〇号	管理者の氏名・生年月日・住所を記載する
診　療　科　目 ⑦	内科、整形外科、心療内科、リハビリテ	標榜する診療科名を記載する。複数ある場合は主たる診療科を最初に記載する。
健康保険法による指定 ⑧	医療機関コード 有効期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日	保険医療機関指定通知書のとおりに、医療機関コードと指定の期間を記載する。訪問看護事業所は有効期間開始日のみ記載する。
介護保険法による指定（訪問看護事業所） ⑨	介護保険 有効期間　　年　　月　　日	
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 ⑩	有・無（〇） 左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師、薬剤師	氏　名

開設者のみ又は開設者とその親族のみが診療・調剤を行っている場合は「有」、それ以外の場合は「無」に〇を付ける。親族を含む場合は開設者以外の者の氏名を記載する。

遡及希望日 ⑪	年　月　日	指定の遡及が必要な理由	