



- ・生活保護法
- ・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よる

- 病 院
- 歯 科
- 診 療 所
- 薬 局
- 訪 問 看 護
ステーション
- そ の 他
()

指定医療機関指定申請書

名 称	法人格等種別	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 公益・一般 財団法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 公益・一般社団法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 () <input type="checkbox"/> 個人										
	法人名称											
所在地	医療機関名称	(フリガナ)										
	住所	〒 [][][][] - [][][][][] 大阪市 [] 区										
開設者	ビル・マンション名等				電話番号	- -			FAX番号	- -		
	氏名	(フリガナ)						生年月日 法人の場合は不要	大正・昭和・平成 年 月 日			
管理者	住所	〒 [][][][] - [][][][][]										
	氏名	(フリガナ)						生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
健康保険法による指定	住所 (自宅)	〒 [][][][] - [][][][][]										
	指定希望年月日	(*指定希望日は、裏面6(1)~(3)に該当する場合のみ記入してください。)							令和 年 月 日			
介護保険法による指定 (訪看のみ)	医療機関・薬局・訪看ステーションコード (7けた)	[][][][][][][][]							現に受けている健康保険法による指定期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			
	介護保険事業者番号 (10けた)	[][][][][][][][][][]							現に受けている介護保険法による指定期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで			
診療科名	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()											
生活保護法第49条の3第4項該当の有無	<input type="checkbox"/> (チェック欄) 開設者である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している、または開設者である保険医若しくは保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系親族若しくは兄弟姉妹である保険医若しくは保険薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事している場合は左のチェック欄にチェックしてください。(法人の場合は、実質的におひとり運営されておられても該当しません。)											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大阪市長 様

〈申請者 (開設者) の氏名及び住所〉

〒 -

住所 _____

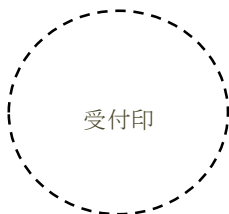
* 法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 _____ 印

* 法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名、代表者印

担当者連絡先TEL _____

担当者氏名 _____



注意事項

- 1 この申請書は、所在地を管轄する保健福祉センターを経由して、大阪市長あてに提出してください。
- 2 生活保護法の指定を受けるには、すでに健康保険法（訪問看護ステーションにおいては介護保険法）の指定を受けている必要があります。指定通知に記載された機関コードと指定期間を必ず記入してください。
- 3 申請する際には、欠格事由に該当しない旨の誓約書を必ず添付してください。
- 4 貴機関が指定された際は、大阪市公報により公示するほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 標題の「申請区分」の部分は、該当する□にチェックしてください。
- 2 「医療機関名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、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。
- 3 医療機関等の「所在地」欄は、ビル・マンション名まで記載してください。
- 4 開設者が法人の場合は、「氏名」に代表者の職・氏名を記載し、「住所」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日についての記載は必要ありません。
- 5 「管理者」欄には、医科、歯科、訪問看護ステーションにおいては医療法等により届け出た管理者について、薬局においては管理薬剤師について、その氏名・自宅の住所・生年月日を記載してください。
- 6 指定年月日について
指定年月日は、市長が決定した日となりますが、次の各号に該当し、かつ第三者の権利関係に全く不利益を与える恐れがない場合、意志表示の行われた日までそ及するものとします。
 - (1) 指定医療機関の開設者のみが変更になった場合で、前開設者の変更と同時に引き続いて同一医療機関名称で開設され、患者が引き続き診療を受けている場合。
 - (2) 指定医療機関が付近に移転し同日付けで新旧医療機関を開設、廃止して患者が引き続いて診療を受ける場合。
 - (3) 指定医療機関の開設者が組織変更したとき、例えば個人から法人組織に、または法人組織から個人に開設者が変更した場合で、患者が引き続いて診療を受ける場合。

上記に該当していない場合、健康保険法による指定状況等を本市が確認できた後、速やかに指定します。
- 7 「健康保険法による指定」欄については、近畿厚生局が発行する直近の健康保険法の指定通知書に記載されている医療機関・薬局・訪問看護ステーションコード及び指定期間（訪問看護ステーションにおいては指定年月日）を記載してください。
- 8 「介護保険法による指定」欄については、訪問看護ステーションのみ、大阪市が発行する直近の介護保険法の指定通知書に記載されている事業所番号及び指定期間を記載してください。
※訪問看護ステーションは、「健康保険法による指定」及び「介護保険法による指定」の両方の欄に記載が必要です。
- 9 「診療科名」は、標榜する診療科名の該当欄にチェックをしてください。その他には、診療科目名を記入してください。
- 10 生活保護法第49条の3第4項に該当する医療機関は6年毎の指定更新の手続が免除されます。
- 11 申請者（開設者）の署名欄は、法人の場合は「氏名」欄に法人名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所」欄に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。申請者（開設者）が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。
「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この申請書の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。