



- ・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

指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション）

訪問看護ステーション	名称	(フリガナ) ナカノシマホウモンカンゴ 中之島訪問看護ステーション		
	住所	〒 530-0005 大阪市 北 区 中之島1-3-20		
ビル・マンション名等	電話番号	06 - 6208 - XXXX		
	FAX番号	06 - 6208 - XXXX		
事業者	名称	(合同会社) 中之島会		
	住所(事務所)	〒 530-0005 大阪市 北 区 中之島1-3-20		
ビル・マンション名等	電話番号	06 - 6208 - XXXX		
	FAX番号	06 - 6208 - XXXX		
開設者	氏名 <small>代表者の職・氏名</small>	(代表者の職) 代表 (氏名) 中之島 花子	生年月日	大正・昭和・平成 38 年 3 月 8 日
	住所(自宅)	〒 530-0005 大阪市北区中之島2-3-38		
管理者	氏名	(フリガナ) ナカノシマ ヨウコ 中之島 陽子	生年月日	大正・昭和・平成 40 年 8 月 3 日
	住所(自宅)	〒 530-0005 大阪市北区中之島2-4-30		
介護保険法による指定		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 更新申請中 (令和 年 月 日申請)		
介護保険法による指定	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	
	2	7	6	1 1 1 1 1 1 1
※該当しない場合にチェックを付けてください。		<input checked="" type="checkbox"/>	生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約事項 *必ず、指定欠格事由を確認してからチェックを入れてください	
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		令和 5 年 8 月 31 日		

上記のとおり申請します。

令和 **5** 年 **7** 月 **31** 日

大阪市長 様

〈申請者(開設者)の氏名及び住所〉

〒 **530-0005**

住所 **大阪市北区中之島1-3-20**

主たる事務所の所在地

法人名称 **(合同会社) 中之島会**

(代表の職) 氏名 **代表 中之島 花子**

法人名称、代表者の職、氏名

担当者連絡先TEL **090-6208-XXXX**

担当者氏名 **中之島 三郎**



注意事項

- 1 この申請書は、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、すでに介護保険法の指定を受けている必要があります。
- 3 申請する際には、生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約事項を確認の上該当しない場合は☑を入れてください。
- 4 貴機関が指定された場合は、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険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記載してください。
- 2 「住所」欄は、ビル・マンション名まで記載してください。
- 3 「開設者」欄は、「氏名」に代表者の職・氏名、生年月日、住所（自宅）を記載してください。
- 4 「管理者」欄には、介護保険法により届け出た管理者について、その氏名・自宅の住所・生年月日を記載してください。
- 5 「介護保険法による指定」チェック欄は、該当する方にチェックし、更新申請中である場合には、申請日を記入してください。
- 6 「介護保険法による指定」欄については、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。
- 7 「申請者（開設者）」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。
「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。