

生活保護法指定医療機関（訪問看護ステーション）
指定 ・ 指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		ステーション コード											
所 在 地	〒 -												Tel () -	
開設者の氏名、生年月日、 住所 ※法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載してください。	氏名(名称等) 生年月日 住所(所在地)	(フリガナ)												
		年 月 日												
		〒 -												
管理者の氏名、生年月日及び住所 ※管理者とは、訪問看護ステーション管理者(保健師、助産師、看護師)のことで、住所は管理者の居住地です。	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日									
	住所	〒 -												
健康保険法による指定(介護保険法に基づく介護事業所の指定)	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)													

※この書類は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等による中国残留邦人等に対する支援給付の指定申請も兼ねる。

上記のとおり指定を申請します。

年 月 日

福岡市長 殿

〒 -

住 所

Tel () -

申請者(開設者)

氏 名(法人の場合は、名称、代表者の職氏名)

注意事項

- 1 この書類は、市長(福祉局保護課)に直接又は所在地を管轄する福祉事務所を經由して提出してください。
- 2 貴機関が指定された場合には、指定通知書により通知するほか、福岡市ホームページにより告示します。
- 3 更新申請があった場合、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」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 「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」に法人の名称及び代表者の職氏名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。
なお、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。
※健康保険法もしくは介護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。
- 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項に基づき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)の記名は、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。