

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 ・ 指定更新 申請書

名 称	(ふりがな)		医療機関コード												
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)	氏名 (名称等)	(ふりがな)										生年月日	年 月 日		
	住所 (所在地)	〒 -													
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(ふりがな)									生年月日	年 月 日			
	住所	〒 -													
診 療 科 名															
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)														
指 定 希 望 年 月 日	年 月 日 (新規の場合のみ記載)														

上記のとおり指定(指定更新)を申請します。

令和 年 月 日

(宛先)

高 槻 市 長

〒 -
住 所

申請者(開設者)

TEL() -

氏 名