

(病院、診療所、薬局、歯科、訪問看護事業所の場合)

年月日の表記は元号表記でも西暦表記いづれでも結構です。

※ [指 定]
生活保護法指定医療機関
[指定更新]

申請書

指定（第 49 条の 2）か指定更新（第 49 条の 3）を選択し、選択しなかった方を二重線で抹消してください。

※ [第 49 条の 2]
生活保護法
[~~第 49 条の 3~~]

の規定に基づき、次のとおり申請します。

記載事項については健康保険法の指定申請をした際の記載事項とあわせてください。

名 称	みきゃんクリニック		医療機関 コ ー ド	
所 在 地	〒790-8570 松山市一番町四丁目 4 番地 2 TEL (089) 941-2111			
開 設 者	氏 名 又 は 名 称	医療法人愛媛会		
	◎ 生 年 月 日	◎は、訪問看護事業者のみ記入をしてください。		
	◎住所又は所在地	松山市一番町四丁目 4 - 2		
管 理 者	氏 名	愛媛 健一		
	◎ 生 年 月 日	昭和 30 年 10 月 1 日		
	◎ 住 所	松山市二番町四丁目 7 - 2		
診 療 科 名 (業務の種類)	内科・小児科		健康保険法による指定が申請中の場合、医療機関コードや指定期間はわかる範囲で結構です。	
健 康 保 険 法 に よ る 指 定	有・申請中	年 月 日から 年 月 日まで		
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	☐ （誓約する場合、✓を記載）			
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	有・無	法第 49 条の 3 第 4 項において規定する診療所又は薬局は、以下のとおりです。 ・開設者のみが診療若しくは調剤に従事しているもの ・開設者と、その者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹のみが診療若しくは調剤に従事しているもの		
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（更新申請時のみ）				

令和元年 8 月 1 日

愛媛県知事

様

開設者が法人の場合は、法人の主たる所在地、法人名、代表者職氏名を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の住所、氏名を記載してください。

申請者

住所 松山市一番町四丁目 4 番地 2
医療法人 愛媛会
氏名 理事長 愛媛 健一