**生活保護法指定　助産機関・施術機関　指定申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：　　　　－　　　　－ | |
|  | |
| 開設者・従事者の別 | 開設者　　　・　　　従事者 | |
| 開設している（勤務している）助産所又は施術所の名称 | 名　称 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |
| 開設している（勤務している）助産所又は施術所の所在地及び連絡先 | 所 在 地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　℡：　　　　－　　　　－ |
|  |
| 業務の種類 | 助産　・　あん摩マッサージ指圧　・　はり　・　きゅう　・　柔道整復 | |

　上記のとおり申請します。

　　　　　年　　月　　日

　　大分県知事　殿

〒　　　　－

住所：

申請者

氏名：

**注意事項**

１　この申請書類は、以下の福祉事務所に提出してください。

①開設者の場合…開設する施術所の所在地を管轄する福祉事務所に提出

　　②従事者の場合…従事者の住所を管轄する福祉事務所に提出

２　免許証の写しを添付してください。

３　貴機関が指定された場合には、県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

　　４　助産を行う助産師個人を助産機関として、施術を行う施術者個人を施術機関として指定しますので、法人による開設の場合は、法人ではなく実際に施術を行う施術者個人が申請してください。

　　　　例えば、施術所で生活保護受給者の施術に従事する者が３名いる場合は、指定を受けていない施術者が施術すると医療扶助の対象外となりますので、施術者３名分の指定申請書を提出してください。

**記載要領**

１　「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。

２　「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してください。

３　「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。

４　「開設者・従事者の別」について、**開設者は個人・法人の別を問いません。**（法人の場合は、代表者）。**開設者以外の者（施術所の従事者：雇用されている者）は、従事者に○を付けてください。**

５　「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。