

指定更新に係る確認票

高知県地域福祉部福祉指導課長 様

令和 年 月 日

指定医療機関

所在地

名称

(指定医療機関コード)

開設者住所

開設者氏名

印

○生活保護法第49条の3第4項該当の有無について（別紙2参照）

「生活保護法第49条の3第4項に規定する診療所又は薬局、該当確認フロー」を確認のうえ、
いずれか（イ、ロ）を○で囲んでください。

イ. 該当する

ロ. 該当しない

この用紙のみ提出してください。

指定更新申請が必要になります。
この用紙及び指定更新に必要な書類を
併せて提出してください。

○指定更新申請に必要な書類（別添）

- ①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 指定医療機関 指定更新申請書
- ②生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号までに該当しない旨の誓約書

※様式は高知県地域福祉部福祉指導課ホームページからダウンロードもできます。
高知県ホームページ → 組織から探す → 福祉指導課 → 指定様式（医療機関）