

生活保護法・中国残留邦人等支援法指定 助産師・施術者 指定申請書
 (助産所・施術所を開設している助産師・施術者用)

助産師又は施術者	(フリガナ)		
生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日		
住 所	〒 - 電話() -		
開設している助産所又は 施術所の名称	名 称	(フリガナ)	
開設している助産所又は 施術所の所在地	所 在 地	〒 - 電話() -	
業 務 の 種 類	助産師 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師		
施術団体への加入状況	業務の種類	加入の有無	団体名
	あん摩マッサージ指圧	有・無	
	はり・きゅう	有・無	
	柔道整復	有・無	
生活保護法第55条第2 項において準用する同 法第49条の2第2項各号 (第1号、第4号ただし 書、第7号及び第9号を 除く。)(指定欠格事由) に該当しない旨の誓約	指定欠格事由に該当しない旨誓約する <input type="checkbox"/> (誓約する場合 <input checked="" type="checkbox"/> を記載)		
指定希望年月日 ※遡及した日付を記載し ている場合には、必要性 や理由について福祉事務 所に意見を求めた上で審 査します。	年 月 日		

生活保護法及び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属者の自立の支援に関する法律に基づき、上記のとおり指定を申請します。

令和 年 月 日

北 海 道 知 事 様

〒 -

住 所

申請者
(指定を受け
る助産師又
は施術者)

氏 名

担当者連絡先(電話() - ())
担当者氏名()

注意事項

- 1 この申請書は、助産所又は施術所の所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。ただし、札幌市、旭川市及び函館市に所在地がある助産所又は施術所を開設する助産師及び施術師については、それぞれの市に対し、それぞれの市が定める様式により申請してください。
- 2 **免許証の写し**を添付してください。
- 3 生活保護法指定助産師又は施術者の指定を行った場合は、当該助産師又は施術者に文書により通知するとともに、生活保護法第55条の3に基づく告示を行います。

記載要領

- 1 「助産師又は施術者」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 「開設している助産所又は施術所」は、助産師又は施術者本人が開設している助産所又は施術所について、その名称及び所在地を記載してください。
- 5 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。
- 6 「施術団体への加入状況」は、北海道と協定を締結している施術団体への加入の有無を○で囲んでください。加入している場合は、団体名を記載の上、加入していることがわかる資料を添付してください。
北海道と協定を締結している施術者団体へ加入していない場合には、別途契約が必要となりますので、「契約書」を提出してください。
- 7 「名称」、「団体名」は呼称等を用いることなく、正式な名称を用いてください。
- 8 「申請者(指定を受ける助産師又は施術者)」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名、住所を記載してください。
- 9 「生活保護法第55条第2項において準用する同法第49条の2第2項各号(第1号、第4号ただし書、第7号及び第9号を除く。)で定められている誓約事項」は別紙のとおりです。