|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ― |  |  |  |  |

**生活保護法指定助産機関・施術機関　指定申請書**

　　　年　　月　　日

（あて先）

川　越　市　長

|  |
| --- |
| 申請者（指定を受けたい施術者の住所、氏名、生年月日） |
| 住所 | 〒　　　**－** |
|  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 |  |
| 電話 | （　　　　）　　　　**－** |

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偶者の自立の支援に関する法律に規定される指定助産機関・施術機関の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| ※指定を受けたいものを○で囲んでください**助産　　柔道整復　　あん摩・マッサージ　　はり　　きゅう** |
| 柔道整復 | 埼玉県柔道整復師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| はりきゅう | 埼玉県鍼灸師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| 埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| 施術所開設の有・無 | 　開設者　　・　　勤務施術者 |
| 勤務の施術所 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　**－** |
| 電話 | （　　　　　　）　　　　　**―** |
| 指定を希望する日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

福祉事務所

収受印

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉事務所記入欄 | 福祉事務所　（担当：　　　　　　） |
| □　申請書の各項目について、すべて記入されている。□　誓約書・免許証写し・協定書２部（各団体に無所属な者）が添付されている。 |

注意事項

　１　この書類は、川越市役所生活福祉課へ提出してください。

　２　誓約書・免許証の写し・協定書２部（各団体に無所属な施術者）を添付してください。

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

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

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

　４　「指定を希望する日」は、生活保護法による施術を開始する日を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○施術免許（写）を添付してください。**記入例** |  | ― |  |  |  |  |

**生活保護法指定助産機関・施術機関　指定申請書**

川越市以外にお住まいの方は、川越市内に施術所を開設している場合を除き、提出先は住所地を管轄する福祉事務所となります。詳しくはその福祉事務所にお問い合わせください。

この欄は空欄のままにしてください。

　　　　●●年●●月●●日

（あて先）

申請者の欄は、施術者個人の住所等を記入します。

川　越　市　長

|  |
| --- |
| 申請者（指定を受けたい施術者の住所、氏名、生年月日）各団体に所属している方につきましては、川越市と各団体との間で協定を締結しているため、協定書を提出していただく必要はございません。 |
| 住所 | 〒３５０**－**８６０１ |
| 川越市元町１－３－１ |
| 氏名 | 川越　太郎 |  |
| 生年月日 | ・Ｈ　○年　○月　○日 |  |
| 電話 | （０４９）●●●　**－　●●●●** |

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偶者の自立の支援に関する法律に規定される指定助産機関・施術機関の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| ※指定を受けたいものを○で囲んでください**助産　　柔道整復　　あん摩・マッサージ　　はり　　きゅう** |
| 柔道整復 | 埼玉県柔道整復師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入【申請書の提出先】開設者　→　施術所の所在地を管轄する福祉事務所勤務施術者　→　　住所地を管轄する福祉事務所 | 有　　　・　　　無 |
| はりきゅう | 埼玉県鍼灸師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| 埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入 | 有　　　・　　　無 |
| 施術所開設の有・無 | 　開設者　　・　　勤務施術者　　　※提出先が異なりますのでご注意ください。 |
| 勤務の施術所 | 名称 | こえどかわごえ接骨院 |
| 所在地 | 〒３５０**－**８６０１川越市元町１－３－１ |
| 電話 | （　０４９　）●●●　　**―　●●●●** |
| 指定を希望する日 | 　　●●年　●●月　●●日 |

福祉事務所

収受印

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉事務所記入欄 | 福祉事務所　（担当：　　　　　　） |
| □　申請書の各項目について、すべて記入されている。□　誓約書・免許証写し・協定書２部（各団体に無所属な者）が添付されている。 |

注意事項

　１　この書類は、川越市役所生活福祉課へ提出してください。

　２　誓約書・免許証の写し・協定書２部（各団体に無所属な施術者）を添付してください。

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

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

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

　４　「指定を希望する日」は、生活保護法による施術を開始する日を記入してください。