

記入例

必ず2部作成し、2部提出してください。
1部は埼玉県で所持し、1部は施術者あてに通知書と一緒に送付します。

施 術 協 定 書

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(以下「支援法」という。)による指定施術者が行う、生活保護法の医療扶助及び支援法の医療支援給付について、埼玉県知事(以下、「甲」と言う。)と **埼玉 太郎** (以下、「乙」と言う。)とは、次のとおり協定を締結する。

第1条 乙は、生活保護法及び支援法による指定施術者として、指定医療機関医療担当規程第13条の規定に基づき、同担当規程に定めるところによる外、本協定による

「氏名」を必ず記入してください。
※記入し忘れると再度返送させていただきます。

第2条 この協定は、生活保護法による医療扶助運営要領について(昭和36年厚生省令第10号「国民健康保険の例」により算定した額とする。

第3条 甲は、施術内容及び施術料金の適否を調査するため必要があると認めるときは、乙に対して必要と認める事項の報告を命じ、又は当該職員に乙について実地にその設備若しくは施術録その他の帳簿書類を検査させることができる。

この部分は記入しないこと。

第4条 甲は、乙がこの協定による義務を履行せず、施術料金を支払わない、又は来たすおそれがあると認めるときは、いつでもこの協定を解除することができるものとする。

第5条 この協定の有効期間は、**令和3年5月1日**から令和4年3月31日までとする。

第6条 この協定の終了1か月前までに協定当事者の何れか一方から何らの意思表示が無いときは、終期の翌日において向こう1年間協定を更新したものとみなす。

第7条 この協定に定めのない事項については、この協定に関し疑義が生じたときは、甲乙協議して定めるものとする。

「指定を希望する日」を記入してください。

前記協定の確実を証するため、本書2通を作成し、双方記名押印の上、各1通を所持するものとする。

令和3年5月1日

「指定を希望する日」を記入してください。
※書類の提出日ではありません。

市浦和区高砂3-15-1

甲 氏名 埼玉県知事 (印)

「住所」、「氏名」を記入の上、「押印」を忘れずをお願いします。

住所 **熊谷市筑波0-0-0**

乙 氏名 **埼玉 太郎** (印)