

横浜市救急医療センター条例施行規則

第1条 この規則は、横浜市救急医療センター条例(昭和56年3月横浜市条例第18号。以下「条例」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(診療時間)

第2条 夜間急病センターの診療時間は、午後8時から当日の午後12時までとする。

(指定管理者の公募)

第3条 市長は、条例第4条第2項の規定により公募を行う場合は、あらかじめ、指定管理者の指定の基準を定め、かつ、これを公にしておくものとする。

(指定申請書の提出等)

第4条 指定管理者の指定を受けようとするものは、指定申請書(第1号様式)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、条例第4条第3項に規定する事業計画書及び次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 定款、寄附行為、規約その他これらに類する書類
- (2) 法人にあっては、当該法人の登記簿謄本
- (3) 前項の申請書を提出する日の属する事業年度の収支予算書及び事業計画書並びに前事業年度の収支計算書及び事業報告書
- (4) 横浜市救急医療センターの管理に関する業務の収支予算書
- (5) その他市長が必要と認める書類

(診療の申込み)

第5条 夜間急病センターにおいて診療を受けようとする者は、診療申込書(第2号様式)を指定管理者に提出しなければならない。

2 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、健康保険法(大正11年法律第70号)その他の社会保険各法又は生活保護法(昭和25年法律第144号)その他の医療の給付に関する法令(条例及び規則を含む。)により診療を受けようとする者は、診療申込書に当該法令に定める証票を添えなければならない。

(利用料金の減免)

第6条 条例第7条の規定により利用料金を減免することができる者は、生活保護法による保護を受けている者とする。

(委任)

第7条 この規則の施行に関し必要な事項は、衛生局長が定める。

附 則

この規則は、昭和56年5月11日から施行する。

附 則(昭和59年12月規則第122号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和62年11月規則第126号)

この規則は、昭和 62 年 12 月 1 日から施行する。

附 則(平成 2 年 3 月規則第 27 号)

この規則は、平成 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 4 年 3 月規則第 39 号)

この規則は、平成 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 6 年 3 月規則第 41 号) 抄

(施行期日)

1 この規則は、平成 6 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の〔中略〕規定により作成されている様式書類は、この規則の施行の日から 1 年間は、適宜修正の上使用することができる。

附 則

(施行期日)

この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

この規則の施行の日から平成 18 年 3 月 31 日までの間の夜間急病センターの内科及び小児科の診療時間は、この規則による改正後の横浜市救急医療センター条例施行規則第 2 条の規定にかかわらず、午後 8 時から翌日の午前 6 時までとする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

第1号様式(第4条第1項)

指 定 申 請 書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

所在地
申請者 団体名
代表者氏名

横浜市救急医療センターの指定管理者の指定を受けたいので、申請します。

(注意) 申請に際しては、次の書類を添付してください。

- (1) 事業計画書
- (2) 定款、寄附行為、規約その他これらに類する書類
- (3) 法人にあつては、当該法人の登記簿謄本
- (4) 指定申請書を提出する日の属する事業年度の収支予算書及び事業計画書並びに前事業年度及び前々事業年度の収支計算書及び事業報告書
- (5) 横浜市救急医療センターの管理に関する業務の収支予算書
- (6) その他市長が必要と認める書類

第2号様式(第5条第1項)

診 療 申 込 書

年 月 日

フリガナ				性別	男・女
氏名				被保険者との続柄	
生年月日		年 月 日生(歳 月)			
住所					
付添者	氏名			患者との続柄	
付添者	住所				
来所手段	自家用車・タクシー・バス・電車・徒歩・救急車・その他 ()				
希望する診療科	内科・小児科・眼科・耳鼻いんこう科				
症状 (簡単にお書きください。)					
薬や注射などで、何か異常が起きたことはありますか。	無・有	有の場合	薬の名前 ()・わからない		
ぜんそく、じんましん等のアレルギーが起きたことはありますか。	無・有	有の場合	アレルギーの名前 ()・わからない		
過去6箇月以内に海外渡航をしたことはありますか。	無・有	有の場合	(国名)		
いままでにどんな病気にかかったことがありますか。	(病名)				

※ 受付番号		※ 受付時間	年 月 日 時 分
--------	--	--------	-----------

- (注意) 1 ※印欄は、記入しないでください。
2 記入が終わりましたら保険証等を添えて窓口にお出してください。

(A5)