

生活保護法指定 ※ 医療機関
 介護機関
 助産師
 施術者 指定辞退届書

次のとおり生活保護法による指定を辞退します。

指 医 療 機 関 指 定 等	番 号				
	名 称				
	所 在 地	(郵便番号 -)			
	連 絡 先	電話番号		FAX 番号	
辞 退 年 月 日		年 月 日			
平成 12 年4月 1 日時点で生活保護法による指定医療機関の指定を受けている医療機関は、介護機関のみなし指定を受けています。休止・廃止の場合、併せて休止・廃止してよろしいですか。		はい ・ いいえ			
委 託 措 置 者 状 等 況					

この書類は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等による中国残留邦人等に対する支援給付の指定辞退届書も兼ねる

年 月 日

(あて先) 福岡市長

住所

申請者

氏名

(裏 面)

注意事項

1. この書類は、福岡市長あてに直接又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
2. この書類は、指定を辞退しようとする30日前までに提出してください。

記載要領

1. 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産所又は施術所を開設している助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。医師若しくは歯科医師又は助産師若しくは施術所を開設していない助産師若しくは施術者が届け出る場合には、「番号」、「辞退年月日」及び「委託患者の措置状況」を記載してください。
2. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
4. 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
5. 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
6. 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。