

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 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			
委 の 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

届出者

氏名

(裏 面)

注意事項

1. この書類は、市長（福祉局保護課）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。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する（勤務
している）助産所又は施術所について記載してください。
2. 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療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。