

裏面の記載要領を確認の上、記載してください。

生活保護法指定

※

医療機関
介護機関
助産師
施術者

中国残留邦人等支援法指定

指定辞退書

生活保護法第51条(同法第55条において準用する場合を含む。)及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項に基づき、指定を辞退します。

指定 医療 機関 等	番 号	
	フリガナ	
	氏名又は名称	
	住 所 又は 所在地	〒 倉敷市 電話番号
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 理 由		
委託患者等の措置状況		

年 月 日

倉敷市長様

届出者 住所
(開設者) 氏名

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、倉敷市長に直接に、又は所在地若しくは住所地を所管する福祉事務所を經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日の30日前までに提出してください。
- 3 この書類は、生活保護法及び中国残留邦人等支援法による指定のみを辞退しようとするときに提出してください。
事業の廃業等をする場合には、「廃止届出書」を提出してください。

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、個人の氏名及び住所のほか、その開設する助産所若しくは施術所又は勤務する助産所若しくは施術所の名称及び所在地についても記載してください。
- 2 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設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。
居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合、その開設する事業所ごとに記載してください。
居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、該当の項目に○をつけてください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定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。
指定番号が不明の場合は、保険医療機関番号(薬局コード、訪問看護ステーション等コード、薬局コード)又は介護保険事業者番号等を記載してください。
助産師又は施術者が届け出る場合には、「業務の種類」を記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、指定書によって通知した名称を記載してください。
- 6 「辞退年月日」は届出日から30日以後において、生活保護法による指定を辞退しようとする日を記載してください。
- 7 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。届出者が個人の場合には、届出者本人の住所を記載して下さい。