

生活保護法等指定

医療機関
助産師
施術者

指定辞退届書

生活保護法第50条の2(同法第55条第2項において準用する場合を含む。)の規定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第14条第4項の規定に基づき、次のとおり指定を辞退しますので届け出ます。

指 医 療 機 関 等 指 定	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
辞 退 年 月 日		平 成 年 月 日
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

平成 年 月 日

鳥取県知事 様

届出者 住 所
氏 名
TEL

(印)

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事あてに直接に、又は所在地を管轄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。

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所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 印のところは、不要のものを———で消してください。
- 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、代表者印を押印してください。