

※ (医療機関  
介護機関  
助産師  
施術者)

生活保護法等指定 指定辞退届書

指定 医療 機関 等	医療・介護機関 コード	※助産師・施術者は不要です。
	フリガナ	
	名 称	
	フリガナ	
	所 在 地	〒  TEL
辞 退 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

上記のとおり、生活保護法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による指定を辞退します。

年 月 日

熊本市長 様

〒  
住 所  
届出者 (TEL )  
氏 名 (印)

(裏面の記載要領にしたがって記載してください)

(注意事項)

1. この書類でいう「生活保護法等」とは、「生活保護法」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」とします。
2. この書類は、市長（保護管理援護課）に直接して提出してください（郵送可）。
3. 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。
4. 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の規定に基づく指定の辞退のみを行う場合は、辞退届書の該当部分を二重線で消してください。
5. 本件届けについては、市告示により公示します。

(記載例)

上記のとおり、~~生活保護法及び~~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による指定を辞退します。

(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。指定訪問看護事業所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、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
2. 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、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には、その事業の種類及び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、不要のものを——で消してください。
4. 医療機関コードは、保険医療機関指定通知書の番号を算用数字で記載してください。
5. 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。
6. 「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。
7. 届出者が法人の場合に、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。