

生活保護法等指定〔※医療機関・薬局・助産師・施術者〕辞退届書

生活保護法第51条第1項（同法第55条において準用する場合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（以下、「中国残留邦人等支援法」という）第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第51条第1項（同法第55条において準用する場合も含む。）の規定に基づく指定機関も含む）の規定に基づき、次のとおり辞退します。

指定医療機関等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所在地（住所）	〒
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞退する箇所に○を記入		生活保護・支援給付
委託患者等の措置状況		

年 月 日

豊 橋 市 長 様

〒
住 所
申請者
氏 名

印

<注意事項>

1. この届書の提出先は、医療機関及び薬局の場合には事業所の所在地、助産師及び施術者の場合には住所地によって変わります。
 - ・事業所の所在地等が豊橋市内の場合・・・・・・・・豊橋市役所生活福祉課
 - ・ 〃 が名古屋市内の場合・・・・・・・・各区役所民生子ども課
 - ・ 〃 が岡崎市内の場合・・・・・・・・岡崎市役所地域福祉課
 - ・ 〃 が豊田市内の場合・・・・・・・・豊田市役所生活福祉課
 - ・ 〃 がその他の市町村内の場合・・・愛知県庁地域福祉課
2. この届書は、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. 生活保護法等（中国残留邦人等支援法第 14 条第 4 項によりその例とされた場合を含む。）による委託患者等がいる場合には、その善後措置につき適切に配慮してください。

<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、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
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整理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. 生活保護法指定医療機関等の辞退を希望する場合は、生活保護に○を記入してください。中国残留邦人等支援法に基づく指定医療機関等の辞退を希望する場合は、支援給付に○を記入してください。
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職・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。