

※

生活保護法指定

医療機関
介護機関
助産機関
施術機関

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 定 等	指 定 番 号	
	名 称（氏名）	
	所 在 地（住所）	
辞 退 年 月 日		年 月 日
委 の 託 措 患 置 者 状 等 況		

年 月 日

愛媛県知事 様

住所
届出者 氏名

注意事項

1. この書類は、所在地若しくは住所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日の30日前までに提出してください。
3. 「生活保護法」において届け出た場合には、「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」においても届け出たものとみなします。

記載要領

1. 病院、診療所また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. 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、介護予防支援事業者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. 指定医療機関等の「指定番号」は、指定通知書によって通知した番号（指定番号）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。