

指定医療機関等指定辞退届出書

年 月 日

沖縄県知事 殿

届出者 住所
(開設者)

氏名

生活保護法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の指定を辞退したいので、次のとおり届出します。

指定の種別	医療機関 ・ 助産機関 ・ 施術機関 ・ 介護機関	
医療機関 又は 助産所 又は 施術所 又は 介護機関 に関する 事項	名 称	
	所在地	〒 TEL FAX
	医療機関コード・ 介護保険事業者番号	
辞 退 年 月 日		
委託被保護者の措置状況		

(裏面)

■注意事項

この書類は、法第51条第1項(第54条の2第4項及び第55条第2項において準用する場合を含む)に基づく届出の書類です。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。

■記入要領

1. 届出は、指定を受けた指定医療機関等ごとに行ってください。

2. 「届出者」について

個人の場合は、届出される個人の住所・氏名を記載してください。

☆届出者は、指定申請を行った申請者、または指定を受けた個人が対象となります。

法人の場合は、法人名とともにその代表者の役職・氏名を記載し、住所については法人登記上の住所を記載してください。

3. 「指定の種別」欄は、指定を受けた種類を○で囲んでください。

4. 「医療機関又は助産所又は施術所又は介護機関に関する事項」欄について

「名称」は、医療機関及び介護機関については、届出時点の正式な名称を記載してください。助産師及び施術者については、届出時に業務に従事している助産所または施術所の正式名称を記載してください。

「所在地」は、医療機関及び介護機関については届出時点の所在地を、助産師及び施術者については届出時に業務に従事している助産所または施術所の所在地を記載してください。

「医療機関コード・介護保険事業者番号」は、届出時点でのそれぞれの番号を記載してください。

5. 「辞退年月日」欄は、指定を辞退する年月日を記載してください。

6. 「委託被保護者の措置状況」欄は、受け入れていた被保護者の対応状況について、記載してください。