

生活保護法・中国残留邦人等支援法指定医療機関 指定辞退届書

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

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配属者の自立の支援に関する法律に基づき、上記のとおり指定を辞退する旨届け出ます。

令和 年 月 日

北 海 道 知 事 様

住 所
届出者（開設者）
氏 名

担当者連絡先（電話（ ） - ）
担当者氏名（ ）

注意事項

- 1 この書類は、医療機関の所在地を管轄する福祉事務所に提出してください。
ただし、札幌市、旭川市及び函館市を所在地とする医療機関については、それぞれの市に対しそれぞれの市が定める様式により申請してください。
- 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 指定医療機関の「番号」は、医療機関コードを算用数字で記載してください。
- 2 指定医療機関の「名称」は、医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「委託患者の措置状況」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。
- 4 「届出者（開設者）」については、届出者（開設者）が個人の場合は、自宅住所及び氏名を記載してください。
また、届出者（開設者）が法人の場合は、法人の名称及び代表者の職・氏名並びに主たる事業所の所在地を記載してください。