

様式第6号

生活保護法指定 ※
 医療機関
 介護機関
 助産師
 施術者
 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。

指定医療機関等	番 号				
	名 称				
	所 在 地	(〒 -)			
	連 絡 先	電話		担当者	
業 務 の 種 類	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 ・ () 介護(サービス名:)				
辞 退 年 月 日	年 月 日				

年 月 日

石 川 県 知 事 様

〒
 住所
 届出者
 (開設者)
 氏名

注) この届出は、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14条第4項による指定医療機関の届出も兼ねています。

様式第6号

注意事項

- 1 この書類は、石川県健康福祉部厚生政策課へ提出してください。
- 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 貴機関等の辞退事項については、石川県公報告示により公示されます。

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。助産所または施術所を開設している助産師または施術者が届け出る場合には、その開設する助産所または施術所について記載してください。医師もしくは歯科医師または助産所もしくは施術所を開設していない助産師もしくは施術者が届け出る場合には、本人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、介護老人保健施設また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。居宅介護事業者または介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類およ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また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「番号」は、指定通知書によって通知した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もしくは指定を受け、また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 「業務の種類」の()には、指定医療機関の場合の「訪問看護」、「介護予防訪問看護」、「あん摩」、「はり」等を記載してください。また、「業務の種類」の介護()には、辞退する介護サービス名を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合は、法人名とともにその代表者の氏名および主たる事務所の所在地を記載してください。