生活保護法

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　　　指定医療機関　指定辞退届出書

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基　本****情　報** | **指定医療機関名称** |  | **医療機関****コード** |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定医療機関所在地** |  |
| **辞退事由** | **辞退年月日** |
|  | 年　　月　　日 |
| 上記のとおり届け出ます。年　　　月　　　日大阪府知事　様住所又は所在地届出者(開設者)氏名又は名称　　　　　 | 福祉事務所使用欄 |
| 福祉事務所収受日 |
| 年　　月　　日 |
| 通信欄 |
|  |

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（福祉事務所を設置しない町村については子ども家庭センター）を経由して知事に提出してください。

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　貴機関が生活保護法指定医療機関の指定を辞退した際は病院、診療所及び薬局の場合は名称、所在地及び辞退年月日、訪問看護ステーションの場合は、事業所の名称及び所在地、事業者の名称及び主たる事務所の所在地及び辞退年月日を告示します。

記載要領

１　病院、診療所、老人保健施設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（老人）訪問看護事業者が届け出る場合には、その開設する（老人）訪問看護ステーションごとに記載してください。

２　基本情報は届出時点の情報を記載してください。

３　辞退事由については、辞退する理由をご記載ください。

　　※辞退事由は直接辞退の可否に関係ありません。