第60号様式（第23条関係）

（表）

生活保護法指定医療機関（介護機関・助産機関・施術機関）指定辞退届出書

年　　月　　日

　　　香川県知事　　　　　殿

届出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

生活保護法第51条第１項（同法第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。）の規定により生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）の指定について辞退したいので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関等 | 番号 |  |
| 名 称（氏 名） |  |
| 所在地（住所） |  |
| 辞退年月日 | | 年　　月　　日 |
| 委託患者等の措置状況 | |  |

（注意）

１　この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所地を所管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から起算して30日前までに提出してください。

３　この届出書の提出により、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第４項においてその例によるものとされた生活保護法第51条第１項（同法第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。）の規定による指定辞退の届出をしたこととなります。

（裏）

記載要領

１　病院、診療所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。助産所又は施術所を開設している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。医師若しくは歯科医師又は助産所若しくは施術所を開設していない助産師若しくは施術者が届け出る場合には、「番号」、「辞退年月日」及び「委託患者等の措置状況」を記載してください。

２　介護老人保健施設又は介護医療院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　指定医療機関等の「番号」の欄は、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。

４　指定医療機関等の「名称（氏名）」の欄は、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。

５　「委託患者等の措置状況」の欄は、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。