

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

※ 医療機関指定辞退届書

次のとおり 生活保護法及び  
中国残留邦人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  
者の自立の支援に関する法律による 指定を辞退します。

指定 機 関 等	番 号	
	名 称 (氏名)	
	所在地 (住所)	
辞 退 年 月 日		年      月      日
措 置 ・ 状 況  委 託 患 者 の		

年      月      日

吹 田 市 長 宛

住 所  
届出者  
氏 名

福 祉 事 務 所 使 用 欄

吹田市福祉事務所收受印	通 信 欄

## 様式 第 6-1 号

### 注 意 事 項

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. 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。
2. 指定医療機関等の「番号」は、医療機関コード又は薬局コードを記載してください。
3. 指定医療機関等の「名称」は、略省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、又は届け出た正式の名称を用い、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。
4. 委託患者の措置状況は、既に行な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。
5. 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。