

様式 第 4-1 号

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 ※〔 休 止 〕 届 書
〔 廃 止 〕

次のとおり〔 休止・廃止 〕〔 します / しました 〕ので届け出ます。

指定機関等	番 号	
	名 称(氏名)	
	所在地(住所)	
休止・廃止年月日		年 月 日
の 休 止 理 由		
措 委 置 状 患 者 況 の		
再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)		

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

注 意 事 項

1. この書類は、医療機関等が休止され、又は廃止された場合、速やかに提出してください。
2. 休止の場合には、再開後速やかに再開届書を提出してください。

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. ※印のところは、不要のものを——で消してください。
3. 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。
4. 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。
5. 「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。
6. 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。