

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

※
〔 施術機関
助産機関 〕

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)	
	開 設 者 名 (施術所又は助産所の)	
辞 退 年 月 日		年 月 日
措 置・ 委 託 患 者 の 状 況		

年 月 日

吹 田 市 長 様

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 6-2 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. 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。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「委託患者の措置状況」を記載してください。
2. ※印のところは、不要のものを——で消してください。
3. 指定施術機関等の「番号」は、70 から始まる 7 桁のコードを福祉事務所（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）へ確認していただきご記入ください。
4. 指定施術機関等の「名称」は、略省等を用いることなく、正式の名称を用いて記載してください。
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。