

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

※
指定

医療機関
介護機関
助産機関
施術機関

処分届書

次のとおり届け出ます。

| | | |
|-----------|-------|----------|
| 指定医療機関等 | 番 号 | |
| | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 処 分 年 月 日 | | 令和 年 月 日 |
| 処 分 の 種 類 | | |

様式第八号（第十四条関係）

令和 年 月 日

旭 川 市 長 様

住所

届出者（開設者）

氏名

注意事項

1. この書類は、旭川市長あてに提出してください。（福祉保険部生活支援課担当）
2. この書類は、指定医療機関等が処分を受けた場合には速やかに（10日以内）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。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。助産師又は施術者（はり・きゅう師、あん摩マッサージ指圧師及び柔道整復師）が届け出る場合には、その開設する助産機関又は施術機関について記載してください。
2. 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設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、地域包括支援センター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をしてください。
3. ※印のところは、不要のものを一で消してください。
4. 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入してください。（助産機関及び施術機関については記入不要です。）
5. 指定医療機関等の「名称」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。
6. 「処分年月日」及び「処分の種類」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分を受けた年月日及びその処分の種類を記載してください。
7. 届出者（開設者）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。