

生活保護法・中国残留邦人等支援法指定介護機関 辞退届書

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定 介護 機関	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		

年 月 日

長 崎 県 知 事 様

届出者 住 所  
(法人の場合は法人の主たる事務所の所在地)

(開設者) 氏 名  
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(裏 面)

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 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。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。
- 2 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。
- 3 指定介護機関の「番号」は、介護保険事業者番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定介護機関の「名称」は、略称等を用いることなく、法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記載してください。
- 5 「委託患者等の措置状況」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。
- 6 届出者が法人の場合には、法人名称とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

# 記入例

## 生活保護法・中国残留邦人等支援法指定介護機関 辞退届書

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定 介護 機関	番 号	4 2 1 2 3 4 5 6 7 8
	名 称 (氏名)	えどまち訪問介護事業所
	所在地 (住所)	〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
辞退年月日		令和 元 年 1 0 月 1 日
委託 患者 等 の 措 置 状 況		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。

年 月 日 提出日

長 崎 県 知 事 様

届出者

(開設者)

住 所 〇〇市〇〇町〇番〇号

(法人の場合は法人の主たる事務所の所在地)

株式会社 江戸サービス

氏 名 代表取締役 江戸 太郎

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)