

生活保護法等指定

医療機関
介護施設
産科
助産師
関係者

処分届書

次のとおり処分を受けましたので届け出ます。

指定機関	医療機関コード 介護保険事業所番号	
	名 称	
	所在地（住所）	
処分年月日		
処分の種類		

年 月 日

（宛先）岡 崎 市 長

届出者

住 所

氏 名

（ ）

（ ）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

注意事項

この書類は、次の場合に速やかに提出してください。

- 1 病院、診療所、指定訪問看護事業者等又は薬局が処分を受けた場合
- 2 医師、歯科医師、助産師又は施術者（あん摩・マッサージ師、柔道整復師）が処分を受けた場合
- 3 助産師又は施術者が開設する助産所又は施術所が処分を受けた場合

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。指定訪問看護事業所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。
- 2 印のところは、不要なものを で消してください。
- 3 医療機関コードを算用数字で記載してください。
- 4 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。
- 5 「処分の種類」及び「処分年月日は」は、生活保護法施行規則第 14 条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記入してください。
- 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。