

記入例

別記第50号様式（第19条関係）

該当するものを○印で
囲ってください。

生活保護法指定

※
医療機関
介護機関
助産師
施術者

※

休 止

廃 止

届書

※

次のとおり、休止・**廃止**しましたので、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第14条第4項の規定においてその例によるものとされる場合を含む。以下同じ。）第50条の2（生活保護法第54条の2第5項及び第6項並びに第55条第2項において準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

生活保護法の指定番号を記入してください。

指 定 等 医療機関等	指 定 番 号	〇医〇〇-〇〇
	名 称(氏名)	〇〇クリニック
	所 在 地(住所)	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇1234
※ 休 止・ 廃 止	年 月 日	令和3年 4月 30日
※ 休 止・ 廃 止	の 理 由	開設者が死亡したため。
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		近隣の〇〇医院を紹介し、患者の診療継続に支障が出ないよう配慮しました。
再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)		

医療機関の場合は健康保険法、介護機関の場合は介護保険法の休止日・廃止日と同日を記入してください。

休止日・廃止日から10日
以内に届出ください。

令和3年 5月 5日

和歌山県知事 様

住 所 〇〇市〇〇1-2-3

届出者(開設者)

医療法人〇〇会

氏 名

理事長 和歌山 一郎