

保健福祉センター 受理年月日 . .	課長	係長	係員
送付 年月日 . .			

生活福祉課 受理年月日 . .
処理日 / /

※ (医療機関
 生活保護法 指定 介護機関
 中国残留邦人等支援法 (注) 施術者
 助産師)

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	〒 _____ 電話番号 _____

処 分 年 月 日	年 月 日
--------------	-------

処 分 の 種 類	
-----------	--

委 託 患 者 の 措 置 状 況	
----------------------	--

年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

届出者 住 所
(開設者)
氏 名

注意事項

1. この書類は、生活福祉課（本庁）に直接又は各区役所（支所）保健福祉センター生活福祉課を経由して提出してください。
2. この書類は、医療機関等が処分を受けた場合に速やかに提出してください。

記載要領

1. ※印のところは不要のものを一で消してください。
2. 指定医療機関等の「番号」は、医療機関等コード、又は介護事業者番号を算用数字で記載してください。
3. 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を受け又は届け出た正式な名称を用い、病院か診療所か判然としない名称の場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。なお、施術者又は助産師は氏名も記載してください。
4. 指定医療機関等の「所在地」は、施術所を開設しない施術者又は助産所を開設しない助産師は住所を記載してください。
5. 「処分年月日」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を記載してください。
6. 「処分の種類」は、生活保護法施行規則第 14 条に規定する処分の内容を記載してください。
7. 「委託患者の措置」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。
8. 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。

(注) 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