

生活保護法指定  医療機関  
 介護機関  
 助産師  
 施術者

届出書

■ 休止  
 廃止

該当するものを選択

(あて先) 新潟市長

年 月 日

住所 (法人にあっては所在地)  
 申請者

届出の日付を記入

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

該当するものを選択

次のとおり  休止  
 廃止

しましたので届け出ます。

生活保護法の指定番号又は介護保険法の指定番号

指定医療機関等	番号	
	名称 (氏名)	
	所在地 (住所)	
休止・廃止年月日		年 月 日
休止・廃止の理由	〇〇のため。	
委託患者の措置状況	他の医療機関を紹介した。	
再開の見通し (休止の場合)		

なお、この届出は、中国残留邦人等に対する支援給付の指定機関としての届出を兼ねます。