

注意事項

- 1 この書類は、川崎市健康福祉局生活保護・自立支援室に提出してください。
- 2 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、老人保健施設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、老人保健施設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。医師又は歯科医師が届ける場合には、本人について記載してください。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、不要のものを —— で消してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載し、下線部分に川崎市又は神奈川県と記入してください。
- 4 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「処分の種類及びその年月日」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載してください。
- 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。