

生活保護法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年3月24日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第19号

生活保護法施行細則の一部を改正する規則

生活保護法施行細則（平成2年香川県規則第37号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(保護施設在所者の報告) 第22条 略</p> <p><u>(医療機関等の指定申請書等)</u></p> <p><u>第23条 省令第10条第1項に規定する申請書は、生活保護法指定医療機関（助産師・施術者）指定申請書（第54号様式）によるものとする。</u></p> <p><u>2 省令第10条の2第1項に規定する申請書は、生活保護法指定介護機関指定申請書（第55号様式）によるものとする。</u></p> <p><u>3 前2項の申請書は、指定を受けようとする医療機関、介護機関又は助産師若しくは施術者の所在地又は住所地を所管する福祉に関する事務所の長を経由して知事に提出しなければならない。</u></p> <p><u>4 省令第14条第2項に規定する届書は、同項第1号の場合にあっては生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）変更届出書（第56号様式）により、同項第2号の場合にあっては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）届出書（第57号様式）又は生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）再開届出書（第58号様式）によるものとする。</u></p> <p><u>5 省令第14条第3項に規定する届書は、生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）処分届出書（第59号様式）によるものとする。</u></p> <p><u>6 省令第15条に規定する届書は、生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）指定辞退届出書（第60号様式）によるものとする。</u></p> <p><u>7 前3項の届出書は、指定医療機関、指定介護機関又は指定を受けた助産師若しくは施術者の所在地又は住所地を所管する福祉に関する事務所の長を経由して知事に提出しなければならない。</u></p> <p>(被保護者の届出)</p>	<p>(保護施設在所者の報告) 第22条 略</p> <p>(被保護者の届出)</p>

第24条 法第61条の規定による届出は、被保護者変動（異動）届出書（第61号様式）によりしなければならない。

第1号様式（第3条関係）

(表)

面 接 記 録 票

面接年月日		年 月 日		面接者氏名				
保護を受けようとする者	氏 名			男・女	歳	世帯主との関係		
	世帯主氏名							
	現 住 所			電 話 番 号				
代理人のとき	代理人氏名			住 所				
	代理した理由							
来 訪 の 目 的								
面接結果	種 類	措 置	要交付書類	要訪問	措置したその他の内容			
	生活児童 身体障害 知的障害 精神障害 高齢者 母子旅行 その他	1 申請受理	1 申請書	指示した訪問年月日	年 月 日			
		2 相談指導のみ	2 傷病届					
		3 関係機関への連絡	3 その他					
		4 そ の 他						
措置結果の理由 (詳細は裏面)								

第23条 法第61条の規定による届出は、被保護者変動（異動）届出書（第54号様式）によりしなければならない。

第1号様式（第3条関係）

(表)

面 接 記 録 票

面接年月日		年 月 日		面接者印	担当福祉主事引継ぎ 年 月 日			
保護を受けようとする者	氏 名			男・女	歳	世帯主との続柄		
	世帯主氏名							
	本 籍 地							
	現 住 所	電 話 番 号						
代理人のとき	代理人氏名			住 所				
	代理した理由							
来 訪 の 目 的								
調 査 事 項 及 び 面 接 員 の 所 見								
面接結果	種 類	措 置	要交付書類	要訪問	措置したその他の内容			
	生活児童 身体障害 知的障害 高齢者 母子旅行 その他	1 申請受理	1 申請書	指示した訪問予定日	年 月 日			
		2 相談指導のみ	2 傷病届					
		3 関係機関への連絡	3 その他					
		4 そ の 他						

(裏)

(調査事項の詳細な内容)

困窮の状況	
主な世帯員の生活歴	
家族構成	
世帯の収入	
資産の保有状況	
扶養義務者の状況	

(注意) 申請を受理した者については、記載を省略することができる。

(裏)

訪問経路の略図



(注意) 「調査事項及び面接員の所見」の欄は、要保護者、家庭（家族構成、住居、生計及び資産）及び扶養義務者の状況等を記入し、面接員の所見を併せて記入すること。

第2号様式 (第3条関係)

(表)

保 護 台 帳
(年 月 日作成)

地 区	ケース No.	世帯類型	労働力区分	保 護 歴
				
				
世帯主 ふりがな 氏				訪 問 経 路 の 略 図	N 4
居 住 地 (現 在 地)					
本 籍 地					
預金口座のある 金融機関名 及び口座番号					
連 絡 先	電話番号				

世 帯 の 状 況	No.	続柄	氏 名	性別	生 年 月 日	職 業 (勤務先)	社 保	年 金 等	摘 要
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			
世帯分離の 状況	No.	続柄	氏 名	性別	生 年 月 日	分離した時期	分離の理由 (根拠規定)		
							
							
							

第2号様式 (第3条関係)

(表)

保 護 台 帳
(年 月 日作成)

地 区	ケースNo.	格 付	世帯類型	労働力区分	保 護 歴
					
					
世帯主 ふりがな 氏					訪 問 経 路 の 略 図	N 4
居 住 地 (現 在 地)						
本 籍 地						
預金口座のある 金融機関名 及び口座番号						
連 絡 先	電話番号					

世 帯 の 状 況	No.	続柄	氏 名	性別	生 年 月 日	職 業 (勤務先)	社 保	年 金 等	摘 要 (健康等)
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			
						..			

(裏)

扶 養 者	(親等表)										(年月作成)		扶養照会実施日	
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> </div>										年 月 日			
	氏名	生年月日	住所 (電話番号)	職業 (勤務先)	社保	世帯 人員	扶養照会結果							

区分	種類	数量	所有者名	摘要
家 屋	住居	延べ面積 m ² 畳室	(家賃 円)	・公的住宅、民間、借家、借間、自家 アパート (造、平屋、2階、年建築) ・風呂、便所、水道、井戸
	付属建物	m ²		
土 地	宅地	m ²		
	田	m ²		
	畑	m ²		
	山林	m ²		
	その他	m ²		
保有容認している資産及び法第63条に基づく費用返還通知の日付				
保有容認できない資産				

(裏)

扶 養 者	(親等表)										(年月作成)		扶養照会実施日	
	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px;"></div> </div>										年 月 日			
	氏名	生年月日	住所	職業 (勤務先)	社保	世帯 人員	備考							

区分	種類	数量	所有者名	摘要
家 屋	住居	延べ面積 m ² 畳室	(家賃 円)	・公住、民間、借家、借間、自家 アパート (造、平屋、2階、年建築) ・風呂、便所、水道、井戸
	付属建物	m ²		
土 地	宅地	m ²		
	田	m ²		
	畑	m ²		
	山林	m ²		
	その他	m ²		
そ の 他	生活用品	冷蔵庫、洗濯機、掃除機、電子レンジ、暖房器具		
	その他	テレビ、ステレオ、ビデオ、カメラ、パソコン、自転車、炊飯器、自動車、携帯電話、パソコン、カメラ、パソコン、カメラ、パソコン		

(表)

保険、年金、他法関係

医療 保 険	氏 名	種 類	記号・番号	取得年月日	備 考
				・	
				・	
				・	

医療 継 続 給 付	氏 名	記号・番号	傷 病 名	有 効 期 限
				・
				・
				・

他 法 医 療 給 付	氏 名	制 度 名	傷 病 名 等	有 効 期 限
				・
				・
				・

介 護 保 険	氏 名	記号・番号	取得年月日	備 考
			・	
			・	
			・	

介 護 サ ー ビ ス の 適 用 状 況	氏 名	判定日	判定結果	有効期限	介護サービスの状況
		・		・	
		・		・	
		・		・	
		・		・	

各 種 障 害 手 帳	氏 名	手帳番号	交付年月日	等級	有効期限	障 害 名
			・		・	
			・		・	
			・		・	

(表)

保険、年金、他法関係

医 療 保 険	氏 名	種 類	記号・番号	取得年月日	備 考

医 療 継 続 給 付	氏 名	記号・番号	傷 病 名	有 効 期 限

他 法 医 療 給 付	氏 名	制 度 名	傷 病 名 等

介 護 保 険	氏 名	記号・番号	取得年月日	備 考

各 種 障 害 手 帳	氏 名	手 帳 番 号	交付年月日	等 級	傷 害 名

(裏)

恩給、年金、手当等	受給者名 (加入者名)	種類	記号・番号	開始 年月日	金額	保護義務者 (指定受取人)

預貯金及び手持金等	名義人	金融機関名	支店名	口座番号	残高 (手持金)

生命保険等	契約者名	会社名	契約金額	契約年月日	被保険者	満期 戻金 約金	給付 内容	保有容認 の可否
			掛月 金額	満期 年月日	受取人	解返 戻金 (年 現在)		

借入金	氏名	借入先	借入目的	借入金額	借入時期	返済状況

(裏)

恩給、年金、手当等	受給者名 (加入者名)	種類	記号・番号	開始 年月日	金額	保護義務者 (指定受取人)

生命保険等	契約者名	会社名	契約金額	掛月 金額	契約年月日	満期 年月日	給付内容

借入金等	氏名	資金名	借入金額	借入時期	償還方法

(表)

新規調査書

処 理 経 過	申請	町役場受理	事務所受理	ケース診断会議	決定	発送	
	申請理由						
	訪問調査	世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
	世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員		

生 活 状 況	安定時期					
	申請直前					
	職歴	氏名	内容			
婚姻歴						

(表)

新規調査書

処 理 経 過	申請	町役場受理	事務所受理	担当者受理	決定	発送	
	申請理由						
	訪問調査	世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
		世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員	
	世帯	就労先	医療機関	扶養義務者	民生委員		

生 活 状 況	安定時期					
	申請直前					
	職歴	氏名	内容			
婚姻・兵歴						

(裏)

傷 病 歴	区 分	状 況
	氏名、病院名、 主治医名	
	傷病名、傷病の 程度	
	治療状況、見込 期間	
稼働能力の有無 及び程度		

傷 病 歴	区 分	状 況
	氏名、病院名、 主治医名	
	傷病名、傷病の 程度	
	治療状況、見込 期間	
稼働能力の有無 及び程度		

就 学 及 び 育 児	氏 名	学 校 名	就学及び育児の状況

(裏)

傷 病 歴	氏 名	主な既往症及び現在の傷病（見込期間及び医療費）

就 学 及 び 育 児	氏 名	学 校 名	学 年	給 食	教 育 費	充 足 状 況

そ の 他	
	(預貯金 円) (手持金 円)

第6号様式（第3条関係）

面 接 受 付 簿

____年度

略	面 接 結 果				略
	略	知的障害	精神障害	高齢者	
略					

第6号様式（第3条関係）

面 接 受 付 簿

____年度

略	面 接 結 果			略
	略	知的障害	高齢者	
略				

第32号様式 (第13条関係)

(表)

精神疾患入院要否意見書

略		略
※※ 生活歴及び現病歴 (精神科の受診歴等を含めて記載すること)		
略	(陳述者氏名 続柄)	

(裏)

(注意)

1～4 略

5 精神科の受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととします。

6～8 略

第32号様式 (第13条関係)

(表)

精神疾患入院要否意見書

略		略
※※ 生活歴及び現病歴 (精神科又は神経科の受診歴等を含めて記載すること)		
略	(陳述者氏名 続柄)	

(裏)

(注意)

1～4 略

5～7 略

第39号様式（その2）（第14条関係）

（表）

生活保護法施術券・施術報酬請求明細書

柔 道 整 復

略	略		
	初検料 円	初検時相談支援料 円	再検料 円
	加算（休日・深夜・時間外） 円		
	略		

（裏）

略

第39号様式（その2）（第14条関係）

（表）

生活保護法施術券・施術報酬請求明細書

柔 道 整 復

略	略	
	初検料 円	再検料 円
	加算（休日・深夜・時間外） 円	
	略	

（裏）

略

(表)
生活保護法指定医療機関（助産師・施術者）指定申請書

香川県知事 殿 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 Ⓔ
(法人にあつては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名)

生活保護法第49条（同法第55条において準用する場合を含む。）の規定による生活保護法指定医療機関（助産師・施術者）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

名 称（氏名）			
所 在 地（住所）			
連 絡 先	電 話 番 号		F A X 番 号
管 理 者 氏 名		医療機関等コード	
診療科名（業務の種類）			
医師、歯科医師又は施術者等	担当科名等	氏 名	医籍登録番号等
健康保険法による指定	有・無	年 月 日指定	
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定	有・無	年 月 日指定	
介護保険法による指定（訪問看護又は介護予防訪問看護）	有・無	年 月 日指定	

(注意)

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 医師、歯科医師、助産師又は施術者が申請する場合には、免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関等が指定された場合には、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第49条（同法第55条において準用する場合を含む。）の規定により、指定医療機関又は指定を受けた助産師若しくは施術者として指定されたこととなります。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が申請する場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が申請する場合には、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。助産所又は施術所を開設している助産師又は施術者が申請する場合には、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。医師、歯科医師又は助産所若しくは施術所を開設していない助産師若しくは施術者が申請する場合には、本人について「医師、歯科医師又は施術者等」の欄のみを記載してください（助産師又は施術者にあつては、「担当科名等」に「助産」、「あん摩」等と記載すること。）。
- 2 「名称（氏名）」の欄は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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。
- 3 「管理者氏名」の欄は、医療法等により届出等を行った管理者の氏名を記載してください。
- 4 「医療機関等コード」の欄は、医療機関コード、訪問看護ステーション等コード又は薬局コードを記載してください。
- 5 「診療科名（業務の種類）」の欄は、診療科名については、医療法第6条の6第1項に掲げられたものとしてください。また、業務の種類については、「指定訪問看護」、「指定居宅サービス（訪問看護）」、「薬局」、「あん摩」等と記載してください。
- 6 「医籍登録番号等」の欄は、医師にあつては医籍登録番号、歯科医師にあつては歯科医籍登録番号、助産師にあつては助産師籍登録番号、あん摩マッサージ指圧師にあつてはあん摩マッサージ指圧師名簿登録番号、柔道整復師にあつては柔道整復師名簿登録番号を記載してください。
- 7 「健康保険法による指定」、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定」及び「介護保険法による指定（訪問看護又は介護予防訪問看護）」の欄は、有無いずれかを○で囲んでください。

(表)
生活保護法指定介護機関指定申請書

香川県知事 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏 名 ④
(法人にあつては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名)

生活保護法第54条の2第1項の規定による生活保護法指定介護機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

名 称												
所 在 地												
連 絡 先	電話番号					F A X 番 号						
管 理 者 氏 名												
施設又は実施する事業の種類	事業等開始 (予定) 年 月 日	生活保護法 による既指 定の年月日	介護保険法の指定を受けている事業等									
			指定等 年月日	介護保険事業者番号								
居宅介護	訪 問 介 護											
	訪 問 入 浴 介 護											
	訪 問 看 護											
	訪問リハビリテーション											
	居宅療養管理指導											
	通 所 介 護											
	通所リハビリテーション											
	短期入所生活介護 ※2											
	短期入所療養介護 ※2											
	特定施設入居者生活介護 ※1											
	福 祉 用 具 貸 与											
	夜間対応型訪問介護											
	認知症対応型通所介護											
小規模多機能型居宅介護												
認知症対応型共同生活介護 ※1												
地域密着型特定施設入居者生活介護 ※1												
特 定 福 祉 用 具 販 売												
居 宅 介 護 支 援												
施設介護	地域密着型介護老人福祉施設 ※2											
	介護老人福祉施設 ※2											
	介護老人保健施設 ※2											
	介護療養型医療施設 ※2											

(裏)

施設又は実施する事業の種類	事業等開始 (予定) 年 月 日	生活保護法 による既指 定の年月日	介護保険法の指定を受けている事業等			
			指定等 年月日	介護保険事業者番号		
介護予防訪問介護						
介護予防訪問入浴介護						
介護予防訪問看護						
介護予防訪問リハビリテーション						
介護予防居宅療養管理指導						
介護予防通所介護						
介護予防通所リハビリテーション						
介護予防短期入所生活介護 ※2						
介護予防短期入所療養介護 ※2						
介護予防特定施設入居者生活介護 ※1						
介護予防福祉用具貸与						
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
介護予防認知症対応型共同生活介護 ※1						
特定介護予防福祉用具販売						
地域包括支援センター						
サービス費用基準額以外に必要な利用料の額（「施設又は実施する事業の種類」の欄の※1及び※2の場合に記入）						
※1 月額	居住費(賃料)	円/月	※2 日額	居住費・滞在費	円/日	
	その他()	円/月		食費	円/日	

(注意)

- この書類は、香川県知事あてに所在地を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 貴機関等が指定された場合には、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第54条の2第1項の規定により、指定介護機関として指定されたこととなります。

記載要領

- 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が申請する場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が申請する場合には、その事業の種類を、その開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が申請する場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 「名称」の欄は、略称等を用いることなく、開設許可又は指定を受ける（既に開設許可又は指定を受けている場合を含む。）正式な名称を用いて記載してください。
- 「管理者氏名」の欄は、管理者を配置している場合に、当該管理者の氏名を記載してください。
- 「施設又は実施する事業の種類」の欄は、今回指定申請する施設又は事業について、該当する欄にすべて「○」を記載してください。
- 「生活保護法による既指定の年月日」の欄は、すでに本法による指定を受けている事業等につき、その指定を受けた年月日を記載してください。なお、介護保険法施行法等の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令（平成18年政令第154号）附則の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「18.4.1」と記載してください。
- 「介護保険法の指定を受けている事業等」の欄は、該当する欄に介護保険法の指定又は開設許可を受けた年月日及び介護保険事業者番号を記載してください。申請中の場合は、「指定等年月日」の欄に「申請中」と記載してください。なお、介護保険法施行法等の規定に基づき指定等があったものとみなされたものについては「12.4.1」と記載し、介護保険法施行令等の一部を改正する政令附則の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては「18.4.1」と記載してください。
- 「サービス費用基準額以外に必要な利用料の額」の欄は、介護保険給付の対象となるサービス費用基準額以外に必要な利用料の額を記載してください。なお、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護については、入居に係る利用料とそれ以外を区分して記載してください。

(表)
生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）変更届出書

香川県知事 殿

年 月 日

届出者 住 所
氏 名 ㊟
(法人にあつては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名)

生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）について変更したので、生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

指定 医療 機関 等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所 在 地（住所）	
変 更 事 項	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

(注意)

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の名称（氏名）又は所在地（住所）に変更があつたとき、所要事項を記載して提出してください。
- 3 この届出書の提出により、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定による変更の届出をしたこととなります。

(裏)

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。指定訪問看護事業者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。医師又は歯科医師が届け出る場合には、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、本人又はその開設する助産所若しくは施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」の欄は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称（氏名）」の欄は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「委託患者等の措置状況」の欄は、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。

（表）

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）届出書

香川県知事 殿

年 月 日

届出者 住 所
氏 名 ㊟
（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名）

次のとおり休止（廃止）したので、生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

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		
委託患者等の措置状況		
再開の見通し（休止の場合）		

（注意）

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所地を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等が休止し、又は廃止した場合に速やかに提出してください。
- 3 休止の場合には、再開後速やかに再開届出書を提出してください。
- 4 この届出書の提出により、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定による休止又は廃止の届出をしたこととなります。

(裏)

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。指定訪問看護事業者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 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」の欄は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称（氏名）」の欄は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「委託患者等の措置状況」の欄は、既に行った措置を記載してください。

（表）

生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）再開届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

㊤

（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名）

次のとおり再開したので、生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

指定医療機関等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所在地（住所）	
休 止 年 月 日		年 月 日
再 開 年 月 日		年 月 日
再 開 の 理 由		

（注意）

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所地を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の再開後速やかに提出してください。
- 3 この届出書の提出により、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第50条の2（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定による再開の届出をしたこととなります。

(裏)

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。指定訪問看護事業者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 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」の欄は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称（氏名）」の欄は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「休止年月日」の欄は休止届出書に記載した休止年月日を、「再開年月日」の欄は再開した年月日をそれぞれ記載してください。

（表）

生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）処分届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

㊦

（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名）

次のとおり処分を受けたので、生活保護法施行規則第14条第3項の規定により届け出ます。

指定医療機関等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所 在 地（住所）	
処分の種類及びその年月日		

（注意）

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所地を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 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、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
 - （4） 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、居宅介護事業者、居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、介護予防事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が処分を受けた場合

(裏)

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。指定訪問看護事業者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。医師又は歯科医師が届け出る場合には、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、本人又はその開設する助産所若しくは施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」の欄は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称(氏名)」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「処分の種類及びその年月日」の欄は、生活保護法施行規則第14条第3項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。

（表）

生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）指定辞退届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

Ⓔ

（法人にあつては、その主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名）

生活保護法第51条第1項（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定により生活保護法指定医療機関（介護機関・助産師・施術者）の指定について辞退したいので、届け出ます。

指定医療機関等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所 在 地（住所）	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
委託患者等の措置状況		

（注意）

- 1 この書類は、香川県知事あてに所在地又は住所を所管する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日から起算して30日前までに提出してください。
- 3 この届出書の提出により、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によるものとされた生活保護法第51条第1項（同法第54条の2第4項及び第55条において準用する場合を含む。）の規定による指定辞退の届出をしたこととなります。

(裏)

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。指定訪問看護事業者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。助産所又は施術所を開設している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。医師若しくは歯科医師又は助産師若しくは施術所を開設していない助産師若しくは施術者が届け出る場合には、「番号」、「辞退年月日」及び「委託患者等の措置状況」を記載してください。
- 2 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 指定医療機関等の「番号」の欄は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 4 指定医療機関等の「名称(氏名)」の欄は、略称等を用いることなく、医療法等により許可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 「委託患者等の措置状況」の欄は、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。

第61号様式(第24条関係)

略

第54号様式(第23条関係)

略

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の生活保護法施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。