

生活保護法指定機関標示シール（再）発行願

生活保護法による指定機関（医療機関・介護機関・助産機関・施術機関）
指定標示シールの（再）発行をお願いします。

令和 年 月 日

岡 山 市 長 様

指定機関の名称

指 定 機 関 の
住所又は所在地

必要なシールの種類にチェックをお願いします。（不明の場合は空欄で構いません）

- ☐ 病院 ☐ 診療所（歯科も含む） ☐ 訪問看護事業者 ☐ 居宅サービス事業者
☐ 介護予防サービス事業者 ☐ 薬局 ☐ 歯科医（医師個人としての指定）☐ 助産師 ☐ 施術者
☐ 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 ☐ 介護医療院
☐ 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 ☐ 特定介護予防福祉用具販売事業者

住 所

届出者（開設者）

氏 名

* 開設者が法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職氏名を記入してください。