様式第20号（第7条関係）

その1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | 年　　月　　日交付 | 検診命令書  　　年　　月　　日 |
| 交付第　　　　　　　　　号 |
| 検査を受ける者の　　　　　様  居住地及び氏名  丸亀市福祉事務所長  下記により検査を受けて下さい。  １　検診を受ける日時  ２　検診を受ける場所  ３　検診を行う医療機関の名称  　　所在地及び担当医師等氏名  ４　備考  （注意）  １　検診を受けるときは、この書類を持参して下さい。  ２　この検診命令は、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（以下「支援法」という。）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28条第１項の規定にもとづくものです。  ３　この検診命令を受けないと、支援法第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28条第４項の規定によって、あなたの支援給付申請が却下され、またはあなたに対する支援給付が変更、停止若しくは廃止される場合があります。  ４　この検診命令について疑問がある場合には、支援給付の実施機関に相談して下さい。 | | |