様式第２１号(第７条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検診命令書  第　　　　　号  年　　月　　日  検診を受ける者の居住地及び氏名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日南町福祉事務所長  　　次のとおり検診を受けることを命ずる。 | | | |
| 1　検診を受ける日時　　　　月　　日 | | 午前  午後 | 時 |
| 2　検診を受ける医療機関 | | | |
| 所在地  　　　名　称 |  | | |
| 担当医師名  　3　検診を受ける理由  　注　1　検診を受けるときは、この書類を持参してください。  　　　2　この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定に基づくものです。  　　　3　この検診を受けないと、生活保護法第28条第4項の規定により、あなたの保護申請が却下され､又はあなたに対する保護が変更、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、福祉事務所に相談してください。 | | | |