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

八頭町福祉事務所長　　　　印

　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5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。