

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関辞退申出書

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条の規定により、次のとおり申し出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)	育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等	
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日	
指 定 を 辞 退 す る 理 由		

※ 1ヶ月以上の予告期間を設けて指定を辞退することができます。

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名 電話