

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

開設者 住所

〔 法人にあつては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名 〕 氏名

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第 65 条の規定により申し出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 電話番号
2 指定（更新）年月日	育成・更生医療	年 月 日（指定・更新） 担当している医療の種類（病院・診療所のみ）
	精神通院医療	年 月 日（指定・更新）
	3 辞 退 予 定 年 月 日	年 月 日
4 指 定 を 辞 退 す る 理 由		
5 現 に 受 診 し て い る 者 に 対 す る 措 置		

※指定自立支援医療機関の指定を辞退する場合、1 か月以上の予告期間を設けて届け出ること。

この申出書についての問い合わせ先
担当者名
電話番号