

様式第5号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

- 更生医療・育成医療
 精神通院医療

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科目		
担当している医療の種類		
主として担当する医師若しくは 歯科医師又は薬剤師の氏名		
辞 退 理 由		
指 定 辞 退 年 月 日		年 月 日 ※ 辞退年月日は申出日の1月以降です。
<p>上記のとおり、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条の規定に基づき申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関の開設者 又は 指定訪問看護事業者等</p> <p>住 所 (所在地) (電話番号) 氏 名 (名称)</p> <p>静岡県知事 様</p>		

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 _____ TEL _____