

様式 4

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退申出書

医療機関	名 称	
	所在地	〒 (電話)
当初指定年月日 及び通知番号		
指定医療機関としての医療の 担当を終了する年月日		
指定を辞退する理由		

※注意事項：指定を辞退する場合は、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 6 5 条の規定に基づき、1 か月以上の予告期間が必要である。

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 6 5 条の規定により指定を辞退したいので申し出ます。

年 月 日

医療機関の開設者

住 所

氏 名

(あて先) 新潟市長