

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

年 月 日

相模原市長 へ

開設者

住 所 _____

氏名又は名称 _____

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条の規定により指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療・精神通院医療)の指定を辞退しますので、次のとおり申し出ます。

医療機関等の 名称及び所在地	名 称	医療機関コード()
	所 在 地	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
理 由		
医 療 の 種 類 (該 当 に 印)	育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療 病院又は診療所(担当医療: _____に関する医療) ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者	

1か月以上の予告期間を設けた上で、指定を辞退することができます。辞退日の1か月前までに、本書を提出してください。

自立支援医療の種類により担当窓口が異なります。それぞれ別に提出してください。

- ・ 育成医療・更生医療...障害者更生相談所
- ・ 精神通院医療...精神保健福祉課