|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**指定医療機関辞退申出書**

年　　月　　日

相模原市長　あて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申出者  （開設者） | 住所  （法人の場合は所在地） | 〒 | |
| 氏名  （法人は名称及び代表者役職氏名） |  |  |
| 指定医療機関 | コード※１ |  |  |
| 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒  相模原市 |  |
| （担当者：氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　） | | | |

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４４条の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日  ※２ | 年　　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 備考 |  |

※１　「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※２　指定の辞退には、一月以上の予告期間を設ける必要があります。

※　法人化等により医療機関コードが変わる場合など、業務の廃止に該当する場合は、この「指定医療機関辞退申出書」ではなく、「指定医療機関休止等届出書」の記載が必要となります。

※指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。