

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 ()
開 設 者	氏名又は名称	
	住 所	〒 電話 ()
医療機関の種類 (該当に 印)	病院又は診療所 ・ 薬 局 ・ 訪問看護事業者等	
担当する医療の種類 (病院又は診療所のみ)		
指定辞退年月日		年 月 日
理 由		
<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施行規則第64条の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退することを申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>		

- 1 指定辞退申出書は「指定辞退年月日」の1ヶ月より前に提出すること。(総合支援法第65条)
- 2 「辞退」とは、医療機関として閉所せず、育成医療・更生医療の提供を実施しない場合をいう。
- 3 医療機関として閉所する場合は、別様式の「指定廃止届出書」を提出すること。