

(第12条関係)

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
	自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療
	育成医療又は更生医療に係る病院又は診療所の場合は、診療科において担当している医療の種類	
指定を辞退する自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療	
指定年月日	年 月 日	
辞退予定年月日	年 月 日	
指定を辞退しようとする理由		
<p>指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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条及び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条の規定に基づき上記のとおり申し出ます。</p> <p>高知県知事 様</p> <p>年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関の開設者等 主たる事務所の 所在地（住所） 名称 代表者の職・氏 名（氏名）</p>		

- 注 1 「自立支援医療の種類」欄及び「指定を辞退する自立支援医療の種類」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 2 指定の辞退に当たっては、1月以上の予告期間を設けるようにしてください。