

特定医療費 指定医療機関 辞退届

高知県知事 様

開設者・事業者  
〒

住 所

(法人にあつては所在地)

氏 名

(法人にあつては名称及び代表者氏名)

難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により指定医療機関の指定について、下記のとおり辞退します。

<p>区 分 (該当する番号に○)</p>	<p>1 病院又は診療所 2 薬局 3 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者</p>
<p>指定医療機関の名称</p>	
<p>所 在 地</p>	〒
<p>辞退年月日</p>	年 月 日
<p>辞退の理由</p>	