様式２０

指定自立支援医療機関辞退届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 担当している医療の種類 | |  |
| 辞退理由 | |  |
| 辞退年月日 | |  |
| 備　　　考 | |  |
| 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条の規定により指定自立支援医療機関を辞退します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　（あて先）一 宮 市 長  　　　　　　　　　　　　　　　 開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 | | |

* 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替える。