

記入例

様式第 5

身体障害者福祉法による指定医辞退届

令和7 年 5 月 10 日

(あて先) 一宮市長

指定医住所 一宮市本町2丁目5番6号

氏名 一宮 太郎

身体障害者福祉法施行令第 3 条第 2 項の規定により、下記のとおり指定を辞退します。

記

指 定 医	氏 名	一宮 太郎	生年月日	S45 年 5 月 5 日生
	住 所	一宮市本町2丁目5番6号		
診療に従事 している 医療機関	名 称	一宮病院		
	所在地	一宮市東五城字備前12番地		
辞退年月日		R7 年 7 月 10 日		
辞退の理由		1 一宮市外の医療機関に従事するため 2 今後、身体障害者手帳診断書・意見書の作成を行わないため 3 その他 ()		

(注) 辞退年月日は、60日の予告期間を設けて記入すること。

(記入要領)

「診療に従事している医療機関・名称」は、必ず正式名称を記載すること。