様式第３号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定辞退の申出書

医療機関等	名　　称	（ 医療機関コード　　－　　）
	所　在　地	〒　　－ TEL　　（　　）
開　設　者	住　　所	〒　　－ TEL　　（　　）
	氏名又は名　　称	
辞退する担当医療の種類		
辞　退　す　る　年　月　日		年　　月　　日（申出日の翌日より 30 日以上の日）
辞　退　す　る　理　由		

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令第４０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条の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定辞退を申し出ます。

枚　方　市　長

年　　月　　日

開　設　者

住　所

氏　名　　印