

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
指定辞退申請提出書類

○指定自立支援医療機関指定辞退申出書

※辞退する1カ月以上前に届け出を行うこと。

辞退：医療機関は存在するが、自立支援医療（育成医療・更生医療）の実施を辞める場合

※医療機関自体を廃業する場合は、休止等届出書を提出して下さい。

【問い合わせ・送付先】

〒420-0846

静岡市葵区城東町2-4-1

静岡市地域リハビリテーション推進センター

電話 054-249-3182

FAX 054-209-0103

様式第 55 号 (第 45 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定辞退申出書

医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 -
開設者	住 所	〒 -
	氏名又は名称	
標榜している診療科目		
担当している医療の種類		
主として担当する医師若しくは 歯科医又は薬剤師の氏名		
辞 退 理 由		
辞 退 年 月 日		年 月 日
<p>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 条の規定に基づき上記のとおり申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者又は指定訪問看護事業者等の 住所 (法人にあっては、所在地)</p> <p>氏名 (法人にあっては、名称)</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>		

※連絡先 (必ず記入してください) Tel _____ - _____ 担当者 _____

記入例

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定辞退申出書

医療機関	名称	〇〇〇薬局
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号
	氏名又は名称	株式会社 〇〇〇〇
標榜している診療科目		薬局
担当している医療の種類		薬局
主として担当する医師若しくは 歯科医又は薬剤師の氏名		清水 花子
辞 退 理 由		・調剤対象者がいないため ・薬剤師が退職し、後任の薬剤師が不在のため
辞 退 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日
<p>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 条の規定に基づき上記のとおり申し出ます。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">開設者又は指定訪問看護事業者等の 住所 (法人にあっては、所在地) 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号 氏名 (法人にあっては、名称) 株式会社 〇〇〇〇</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>		

※連絡先 (必ず記入してください) Tel〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 担当者 〇〇〇〇