

様式第 14 号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退届

年 月 日

（あて先） 仙台市長

開設者又は事業者
住 所

氏名又は名称

電 話 番 号

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 59 条第 1 項の規定による指定自立医療機関（育成医療・更生医療）の辞退について、同法施行規則第 64 条の規定に基づき、申し出ます。

記

医 療 機 関 名	(保険指定機関番号:)
所 在 地	〒 — 電話
医 療 機 関 の 種 類	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護ステーション等
担当する医療の種類	
担当医師・薬剤師名	
辞 退 年 月 日	
辞退の理由	

※指定を辞退する日の 1 月以上前までに申し出ること。