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。