（様式４）

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 指定自立支援医療機関の名称 |  |
| 指定自立支援医療機関の所在地 | 〒    （ＴＥＬ） |
| 指定を受けている自立支援医療の種類 | 育成医療　　・　　更生医療 |
| 指定を受けている自立支援医療機関の種類 | 病院又は診療所　・　薬局　・　訪問看護ステーション等 |
| 指定辞退する理由 |  |
| 指定辞退を希望する日 |  |
| 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（平成１７年法律第１２３号）第６４条の規定により、次のとおり申し出ます。  平成　　　年　　　月　　　日  佐世保市長　　様  指定自立支援医療機関の開設者  　　住所又は所在地  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |