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

年　　月　　日

　福島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）を辞退したいので、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条の規定により、下記のとおり申し出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名称 | （電話番号） |
| 所在地 |  |
| 辞退年月日 | | 年　　月　　日 |
| 担当していた医療の種類 | |  |
| 主として担当していた  医師等の氏名 | |  |

備考　「担当していた医療の種類」の欄には、以下の医療の種類のうち、指定されていたものを全てについて記入すること。

　　　　ア　眼科に関する医療　　　　　　　　ケ　心臓移植に関する医療

　　　　イ　耳鼻咽喉科に関する医療　　　　　コ　じん臓に関する医療

　　　　ウ　口腔外科に関する医療　　　　　　サ　じん臓移植に関する医療

　　　　エ　整形外科に関する医療　　　　　　シ　小腸に関する医療

　　　　オ　形成外科に関する医療　　　　　　ス　肝臓移植に関する医療

　　　　カ　中枢神経に関する医療　　　　　　セ　歯科矯正に関する医療

　　　　キ　脳神経外科に関する医療　　　　　ソ　免疫に関する医療

　　　　ク　心臓脈管外科に関する医療　　　　タ　調剤