

指定自立支援医療機関辞退申出書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号〒
申出者住所
氏名
電話 () 局 番

下記のとおり、指定自立支援医療機関を辞退したので、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号の規定により届け出ます。

記

指定自立支援	名 称	
医 療 機 関	所 在 地	
辞 退 予 定 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		

注1 申出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

注2 「指定自立支援医療機関」欄は、届出者が事業者である場合には記入を要しないこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。