

指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退申出書(記入例)

申出日をご記入ください。

令和〇年 〇月 〇日

山口県知事様

郵便番号 〒〇〇〇—〇〇〇

申出者住所 山口市〇〇町△△1番1号

氏名 〇〇法人〇〇会

理事長 山口 一郎

電話 (〇〇〇) 〇〇〇局〇〇〇〇番

下記のとおり指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定を辞退したいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する

押印は不要です。(個人により申し出ます。  
・法人とも)

記

指定自立支援医療機関 (精神通院医療)	名称	〇〇法人〇〇会 △△病院・〇〇薬局・〇〇訪問看護ステーション
	所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 山口市〇〇町△△1番1号
辞退予定年月日	令和〇〇年 〇月 〇日	
辞退の理由	利用者がいないため	

注 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。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。