

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）  
指定辞退届出書（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒： 住所： TEL： FAX：		
開 設 者	住 所	〒： 住所：		
	氏名又は名称			
既に指定を受けて いる医療の種類		指 定 年月日	年 月 日	
辞退の理由		辞 退 年月日	年 月 日	
<p>上記のとおり、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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(医療機関の開設者) 住 所 氏名又は名称 印</p> <p style="text-align: right;">(医療機関) 所 在 地 名 称</p> <p>奈良県知事 殿</p>				