

様式3

指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退届

令和 年 月 日

奈 良 県 知 事 殿

指定医療機関の所 在 地

名 称

開設者住所

開設者氏名

令和 年 月 日をもって指定自立支援医療機関(精神通院医療)として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ための法律(平成17年法律第123号)第65条の規定により届け出ます。

辞 退 理 由

指定自立支援医療機関は、1か月以上の予告期間を設けて、指定を辞退することができます。

開設者が死亡した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名及び届出人の氏名、続柄を記入すること。

指定自立支援医療機関指定書を添付すること(添付できない場合は理由を明記してください。)

添付できない理由