

別記第30号様式(第15条関係)

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

函館市長 様

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住所

(法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

申出者 氏名

電話 局 番

指定自立支援医療機関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施行令第40条の規定により次のとおり申し出ます。

指定自立支援 医療機関	名 称	
	所 在 地	(電話 局 番)
自立支援医療を主として 担当する医師または 歯科医師の氏名		
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		
現に自立支援医療を 受けている者に対する措置		

注 1 指定を辞退する日の1月前までに申し出てください。

2 育成医療または更生医療のいずれかの辞退の申出の場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、申出に係るもの以外の部分を二重線で消してください。