別紙１３

指定自立支援医療機関辞退届出書

　年　　月　　日

（あて先）川崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の開設者

住　所

氏　名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の |
|  | 所在地、名称及び代表者の氏名 |

次のとおり指定自立支援医療機関を辞退したいので、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第６５条の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 担当する医療の種類 |  |
| 辞退年月日 |  |
| 辞退の理由 |  |

※　辞退年月日は、３０日間以上の予告期間を設けてください。

担当者所属

氏名

連絡先