

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

〔 法人にあつては、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 6 5 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。