

指定自立支援医療機関辞退届出書

令和 〇年 〇月 〇日

(あて先) 川崎市長 様

医療機関の開設者
住 所 東京都〇〇区〇〇町〇ー〇ー〇
氏 名 〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇
〔 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	〇〇薬局 〇〇支店
医療機関の所在地	川崎市〇〇区〇〇町〇ー〇ー〇
担当する医療の種類	精神通院医療
辞退年月日	令和 〇年 〇月 〇日
辞退の理由	〇〇のため

※ 辞退年月日は、30日間以上の予告期間を設けてください。