

様式 1 4

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）辞退届

保険医療 機関	名 称	
	所在地	
担当医療		
辞退理由		
辞退年月日		年 月 日
備 考		
<p>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 5 9 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関を辞退します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 岡 崎 市 長</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏 名 担当者名 担当者連絡先 () ー</p>		