

年 月 日

(宛先) 高松市長

申出者 住 所

氏 名 ㊟

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)  
並びに名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関辞退申出書

次のとおり指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）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条の規定により申し出ます。

指 定 自 立 支 援 医 療 機 関	所 在 地	
	名 称	
指 定 年 月 日		年 月 日
辞 退 予 定 日		年 月 日
辞 退 し よ う と す る 医 療 の 種 類		
担 当 医 師 又 は 担 当 歯 科 医 師 の 氏 名		
辞 退 の 理 由		
既 に 医 療 を 受 け て い る 者 に 対 す る 措 置		

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を受けている場合は、この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を受けていない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 申出者が個人の場合にあっては、記名押印に代えて署名することができます。

年 月 日

(宛先) 高松市長

申出者は開設者等

申出者 住 所 高松市番町一丁目8番15号  
 医療法人社団 ○○会 ○○病院  
 氏 名 理事長 高松 さつき

(法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに名称及び代表者の氏名)

押印は不要

指定自立支援医療機関辞退届出書

指定を受けていない医療を二線抹消

次のとおり指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)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条の規定により申し出ます。

指定自立支援医療機関	所在地	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号
	名称	医療法人社団 ○○会 ○○病院
指 定 年 月 日	○年○月○日 (指定又は更新を受けた日)	
辞 退 予 定 日	○年○月○日 (受付日から1月以上未来の日)	
辞退しようとする医療の種類	整形外科に関する医療	
担当医師又は担当歯科医師の氏名	○○ ○○	
辞 退 の 理 由	整形外科部門を閉鎖するため、など	
既に医療を受けている者に対する措置	他の指定医療機関を紹介するなど、措置を記載	

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を受けている場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を受けていない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 申出者が個人の場合にあっては、記名押印に代えて署名することができます。