

指定自立支援医療機関（医療機関又は診療所）辞退申出書

年 月 日

大阪市長 様

開 設 者

住 所

氏名又は名称

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条に基づく指定の辞退について

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59条第1項の規定による
指定自立支援医療機関の指定について、次のとおり指定を辞退します。

記

医療機関又は診療所の名称

(医療機関コード)

所在地

郵便番号

住 所

電話番号

辞退しようとする医療の種類

辞退年月日 年 月 日

辞退理由