**（大阪市）小児慢性特定疾病医療費助成指定医療機関　辞退届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者区分**  （該当するものに☑） | **□病院・診療所**(□医科／□歯科)  **□　　薬　　　　　局**  **□　　指　定　訪　問　看　護　事　業　者** |
| **指定医療機関**  **（名称）** |  |
| **コード ※１** |  |
| **辞退年月日** | 年月日（届出日の翌日より一月以上の日） |
| **辞退理由** |  |

以下の全ての項目に記入し、直近の指定申請(変更届出を含む)から変更のある項目には☑を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指定医療機関** | **名称** | | □ | フリガナ |
|  |
| **所在地** | | □ | 〒  大阪市 |
| **電話番号** | | □ |  |
| **標榜している診療科名**  **（病院・診療所のみ記入）** | | □ |  |
| **開設者・指定訪問看護事業者** | **種 別** | | □ | □ 個人　　　　□ 法人 |
| **氏 名（名称）※２** | | □ |  |
| **住 所（所在地）※３** | | □ | 〒 |
| **電 話 番 号** | | □ |  |
| **代 表 者**  **指定訪問看護**  **事業者のみ記入** | **氏名** | □ |  |
| **住所** | □ | 〒 |
| 上記のとおり、児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第１９条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、同法第１９条の１５の規定に基づき指定を辞退します。  年　　　月　　　日  申請者  「開設者・訪問看護事業者」欄における「氏名(名称)」及び「住所(所在地)」と一致  住　所（所在地）：  氏　名（名称）：  大阪市長　あて | | | | |

※１ コード…医療機関コード、薬局コード、訪問看護ステーションコードのいずれかを記載してください。

※２ 法人の場合は法人名及び代表者の職名・氏名を記載し、個人の場合は氏名のみ記載してください。

※３ 指定訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載してください。