

(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☐)	<input type="checkbox"/> 病 院 ・ 診 療 所 ( <input type="checkbox"/> 医 科 / <input type="checkbox"/> 歯 科 ) <input type="checkbox"/> 薬 局 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	フリガナ
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 大阪市
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記入)	<input type="checkbox"/>	
開設者・ 指定訪問看護事業者	種 別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人
	氏 名 (名称) ※2	<input type="checkbox"/>	
	住 所 (所在地) ※3	<input type="checkbox"/>	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	
	代 表 者 (指定訪問看護 事業者のみ記入)	氏 名	<input type="checkbox"/>
住 所		<input type="checkbox"/>	〒

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。