

指定医療機関の指定辞退の申出書（精神通院医療）

医療機関等の 名称及び 所在地	名 称						
	所 在 地						
	保険医療機関コード						
指定辞退年月日	年 月 日						
担当している 医療の種類※ (該当に○印)	病院または診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等						
<p>上記のとおり、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規則第64条の規定に基づき指定医療機関の指定を辞退することを申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>横 浜 市 長</p>							

※ 育成医療及び更生医療の指定を受けている医療機関は、所管部署（健康福祉局医療援助課）に、別に所定の様式により届出をすること。