様式第２２号

指定自立支援医療機関（精神通院医療）辞退届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 担当している自立支援医療  の種類 | |  |
| 辞退理由 | |  |
| 辞退年月日 | |  |
| 備考 | |  |
| 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６５条の規定により指定自立支援医療機関を辞退します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　（宛先）名古屋市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者 | | |

* 指定自立支援医療機関指定（更新）通知書の原本を添付すること。