指定自立支援医療機関指定辞退の申出について

指定を辞退しようとする場合は，１か月以上の予告期間を設けて，その旨を次の書類により提出してください。

（１）様式第37号　　【指定自立支援医療機関指定辞退申出書】

様式第37号

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

　　　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申出者）

住所又は所在地

氏名又は名称

　指定自立支援医療機関としての指定を辞退したいので，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令第40条の規定により次のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退しようとする年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退しようとする理由 |  |