

指定自立支援医療機関辞退届

年 月 日

東京都知事 殿

指定自立支援医療機関の名称

指定自立支援医療機関の所在地

開設者の氏名又は名称



担当している医療の種類

下記のとおり指定自立支援医療機関を辞退したいので、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第65条の規定により届け出ます。

記

1 辞退年月日 年 月 日

2 辞退の理由

(備考)

- 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問看護ステーション等」と、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替える。
- 2 辞退年月日は、30日間以上の予告期間を見込むこと。
- 3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。