

様式 4

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退申出書

指定自立支援医療機関	名称	
	所在地	TEL
開設者	住所又は所在地	
	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	令和	年 月 日
<p>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（平成 17 年法律第 123 号）第 65 条の規定により、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>開設者 住所又は所在地 氏名及び名称</p> <p>倉敷市長 宛</p>		