難病医療費助成指定医療機関　指定辞退届出書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

神戸市保健所長　宛

開設者

住　所

氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第２０条の規定に基づき下記のとおり、指定医療機関の指定を辞退します。

記

　１　辞退年月日　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

　２　指定医療機関名（※訪問看護の場合は、訪問看護ステーション名）

　３　指定医療機関所在地

神戸市

　４　辞退理由

* この届出を提出の際は、指定通知書（原本）を添付してください。