|  |  |
| --- | --- |
| 指定自立支援医療機関指定辞退申出書  　　年　　　　月　　　　日  　　　神戸市長　宛  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  開　設　者  住所  氏名又は名称  指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。  記 | |
| 自立支援医療の種類 | 育成医療　・　更生医療 |
| 辞退しようとする年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |

備考　１　辞退しようとする年月日の１ヶ月前までに申し出ること。

２　「医療機関等」の名称は、必ず正式名称を記載すること。