|  |
| --- |
| 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。