第１６号様式

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  | 電話番号 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 担当しようとする医療の種類及び担当診療科目 |  |
| 担当する医師、薬剤師等の氏名 |  |
| 辞退年月日 |  |
| 辞退理由 |  |
| 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条に規定する指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退したいので、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施行規則第６４条の規定により上記のとおり届け出ます。年　　月　　日　船橋市長　あて住所医療機関の開設者氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名） |