

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
（薬局）

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
辞 退 年 月 日		
理 由		
<p>上記のとおり、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）の指定を辞退することを申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（ 開 設 者 ）</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>（宛先）秋 田 市 長</p>		