第37号様式(第41条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)辞退届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関名 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 指定年月日 | |  | | |
| 辞退予定年月日 | |  | | |
| 辞退しようとする医療の種類 | |  | 主として担当する医師又は歯科医師の氏名 |  |
| 辞退の理由 | |  | | |
| 現に更生医療を受けている人に対する措置 | |  | | |
| 上記のとおり辞退したいので、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令第40条の規定により申し出ます。  　　　　　年　　月　　日  　　開設者  　　住所  　　氏名　　　　　　　　　　　　印  　　※記名押印に代えて署名することができます。  (あて先)長崎市長 | | | | |

（備考）　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。