指定自立支援医療機関の指定辞退申出書(訪問看護事業者等)

年　　　月　　　日

　　(宛先)金沢市長

開設者　住所

氏名

　　指定自立支援医療機関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

ための法律第65条の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 訪問看護  ステーション等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当すべき医療の種類 | |  |
| 辞退年月日 | |  |
| 辞退事由(詳細に記入) | |  |