様式第３８号

指定自立支援医療機関辞退申出書

年　　月　　日

　（あて先）前橋市長

　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　所　在　地

開設者の氏名又は名称

　次のとおり、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条の規定により申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当する医療の種類 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　　 |
| 辞退の理由 |  |