

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定辞退申請提出書類

○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

辞退：医療機関の運営は継続するが、自立支援医療（育成医療・更生医療）の提供を辞める場合

- ※1 辞退届は育成医療・更生医療を辞退する 1 カ月以上前に提出してください。事後に申請した場合、誤った情報が記載された医療受給者証が交付されるおそれがあります。
- ※2 辞退届を提出した際は、更生医療・育成医療の辞退日を予め貴機関の利用者様にお伝えください。併せて、医療受給者証の変更手続を各区役所の障害者支援課で行うようお伝えください。
- ※3 辞退日の時点で、貴機関の利用者様が不在である旨を地域リハビリテーション推進センター窓口・電話・郵送文書等でご連絡ください。
- ※4 育成医療・更生医療を一時的に休止する場合、または医療機関自体を廃業する場合は、休止等届出書を提出してください。

【問合せ】

〒420-0846 静岡市葵区城東町24番1号
城東保健福祉エリア 保健福祉複合棟2階
静岡市地域リハビリテーション推進センター
電話：054-249-3182 FAX：054-209-0103

様式第 55 号（第 45 条関係）

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

医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 -
開設者	住 所	〒 -
	氏名又は名称	
標榜している診療科目		
担当している医療の種類		
主として担当する医師若しくは 歯科医師又は薬剤師の氏名		
辞 退 理 由		
辞 退 年 月 日		年 月 日
<p>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 条の規定に基づき上記のとおり申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者又は指定訪問看護事業者等の住所 (法人にあつては、所在地)</p> <p style="text-align: right;">氏名 (法人にあつては、名称)</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>		

※連絡先（必ず記入してください） Tel _____ - _____ 担当者 _____

記入例

様式第 55 号（第 45 条関係）

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

医療機関	名称	〇〇〇薬局
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号
開設者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号
	氏名又は名称	株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇
標榜している診療科目		薬局
担当している医療の種類		薬局
主として担当する医師若しくは 歯科医師又は薬剤師の氏名		清水 花子
辞 退 理 由		・調剤対象者がいないため ・薬剤師が退職し、後任の薬剤師が不在のため
辞 退 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日
<p>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 条の規定に基づき上記のとおり申し出ます。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>開設者又は指定訪問看護事業者等の住所 (法人にあつては、所在地) 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号 氏名 (法人にあつては、名称) 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 静岡 太郎</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>		

※連絡先（必ず記入してください）Tel〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 担当者 〇〇