

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退届
（病院又は診療所）**

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
担当している医療の種類		
辞 退 年 月 日		
理 由		

上記のとおり、障害者自立支援法施行令第40条及び障害者自立支援法施行規則第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。

平成 年 月 日

開 設 者

住 所

印

氏名又は名称

徳 島 県 知 事 殿

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退届
（薬局）**

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
辞 退 年 月 日		
理 由		

上記のとおり、障害者自立支援法施行令第40条及び障害者自立支援法施行規則第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。

平成 年 月 日

開 設 者

住 所

印

氏名又は名称

徳 島 県 知 事 殿