

様式第16号（第3条関係） 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）指定辞退申出書

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・ 精神通院医療 ）指定辞退申出書		
令和〇〇年〇〇月〇〇日		
愛媛県知事 中村 時広 様		
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 指定自立支援医療機関の開設者（事業者）〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） 医療法人〇〇 代表取締役 愛媛 太郎		
指定自立支援医療機関	名 称	〇〇病院
	所 在 地	〇〇郡〇〇町〇〇〇
辞 退 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日
理 由		自立支援医療の対象となる医療を実施しなくなるため
委 託 患 者 の 措 置 状 況		〇〇市の□□病院において診療対応を予定している

- 注1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 指定自立支援医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者にあっては、当該指定に係る訪問看護事業又は居宅サービス事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。
- 4 「委託患者の措置状況」の欄は、既に行ったこと及びこれから行おうとしていることを記載すること。
- 5 この書類は、指定辞退日の1月以上前に提出すること。