様式第３２号

**指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退届出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 種別  ※該当するものに〇 | １．病院又は診療所　　２．薬局　　３．訪問看護 |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 医療機関コード |  |
| 開設者 | 住所  ※法人の場合、主たる  事業所の所在地 |  |
| 氏名  ※法人の場合は名称 |  |
| 指定を受けた年月日 | | 年　　　月　　　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | | 年　　　月　　　　日 |
| 指定を辞退する理由 | |  |
| 現に自立支援医療を  受けている者に対する処置※ | |  |
| 上記のとおり、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６３条第１号の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）を辞退します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　福岡市長　　様  **開設者**  住所（法人の場合、主たる事業所の所在地）  氏名（法人の場合、名称及び代表者氏名） | | |

（※）現に自立支援医療を受けている者がいる場合は、その者への周知を行い、他の医療機関等へ

変更申請を行うよう指導すること。