

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

保険医療機関	名称 (医療機関コード )	
	所在地	〒 TEL.
開設者	住所	〒 TEL.
	氏名又は名称	
辞退する担当医療の種類		
辞退する年月日		年 月 日
辞退する理由		
<p>上記のとおり、指定自立支援医療機関の指定辞退を申し出ます。</p> <p>(宛先) 姫路市長</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 氏名又は名称</p> <p>本件責任者及び担当者 氏名 連絡先</p>		

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での辞退を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち辞退を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※ 申請者が個人の場合は本人確認書類を提示すること。