

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退届
（薬局）

薬 局	名 称	
	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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p style="text-align: center;">本件責任者及び担当者 氏名</p> <p style="text-align: center;">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。