

様式5

指定自立支援医療機関指定辞退届

年 月 日

西 宮 市 長 様

医療機関名

所 在 地

開 設 者

住 所

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| 自 立 支 援 医 療 の 種 類 | 育成医療 ・ 更生医療 |
| 辞 退 日             |             |
| 辞 退 の 理 由         |             |