様式９

|  |
| --- |
| 指定自立支援医療機関指定辞退届　　年　　月　　日　　　　明　石　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 |
| 辞退の理由 |  |