

様式8

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
法律第65条の規定による医療機関の指定辞退届

年 月 日

松本市長 宛

指定医療機関名 _____

医療機関の開設者

住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

下記の理由により辞退しますので申し出ます。

担当する医療の種類	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	
備 考	

※辞退届は、辞退日の一月以上前に提出してください。(障害者総合支援法第65条)