

記載例

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援 医療機関	名 称	やまがたクリニック
	所在地	山形市松波二丁目8番1号
開 設 者	住 所	山形市松波二丁目8番2号
	氏名又は名称	医療法人やまがた会 理事長 ○○ ○○
指定を辞退する年月日		令和○○年 ×月 ×日
辞退する担当医療の種類		眼科に関する医療
指 定 区 分		<input checked="" type="radio"/> 育成医療 ・ <input checked="" type="radio"/> 更生医療 ・ 精神通院医療
辞退する理由		<p>(例) 指定自立支援医療機関の指定基準を満たす担当医が不在のため。</p> <p>(例) 自立支援医療を利用する患者がなく、今後もその見込みはない。</p>
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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施行規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和○○年 ×月 △日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所 山形市松波二丁目8番2号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 医療法人やまがた会 理事長 ○○ ○○</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>		

備考 指定区分は該当する項目を○で囲むこと。

記載例

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援 医療機関	名称	株式会社〇〇薬局△△店
	所在地	山形市松波二丁目8番1号
開設者	住所	山形市松波二丁目8番2号
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
指定を辞退する年月日		令和〇〇年 ×月 ×日
辞退する担当医療の種類		(薬局の場合は記載不要)
指定区分		<input checked="" type="radio"/> 育成医療 ・ <input checked="" type="radio"/> 更生医療 ・ 精神通院医療
辞退する理由		管理薬剤師の経験年数が指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定基準を満たさないため。
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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施行規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p>令和〇〇年 ×月 △日</p> <p>開設者 住所 山形市松波二丁目8番2号</p> <p>氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>山形県知事 殿</p>		

管理薬剤師が変更になった日を記入してください。

備考 指定区分は該当する項目を○で囲むこと。

記載例

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援 医療機関	名 称	株式会社〇〇薬局△△店
	所在地	山形市松波二丁目8番1号
開 設 者	住 所	山形市松波二丁目8番2号
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
指定を辞退する年月日		令和〇〇年 ×月 ×日
辞退する担当医療の種類		(薬局の場合は記載不要)
指 定 区 分		育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療
辞退する理由		精神通院医療を利用する患者がいいため（今後も利用の見込みは無い）。
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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施行規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和〇〇年 ×月 △日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 山形市松波二丁目8番2号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>		

備考 指定区分は該当する項目を○で囲むこと。

記載例

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援 医療機関	名 称	株式会社〇〇薬局△△店
	所在地	山形市松波二丁目8番1号
開 設 者	住 所	山形市松波二丁目8番2号
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
指定を辞退する年月日		令和〇〇年 ×月 ×日
辞退する担当医療の種類		(薬局の場合は記載不要)
指 定 区 分		<input checked="" type="radio"/> 育成医療 <input type="radio"/> 更生医療 <input type="radio"/> 精神通院医療
辞退する理由		育成医療・更生医療を利用する患者がいないため（今後も利用の見込みは無い）。
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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施行規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和〇〇年 ×月 △日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 山形市松波二丁目8番2号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>		

備考 指定区分は該当する項目を○で囲むこと。

記載例

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

指定自立支援 医療機関	名 称	やまがたクリニック
	所在地	山形市松波二丁目8番1号
開 設 者	住 所	山形市松波二丁目8番2号
	氏名又は名称	医療法人やまがた会 理事長 ○○ ○○
指定を辞退する年月日		令和○○年 ×月 ×日
辞退する担当医療の種類		(精神通院医療の場合は記載不要)
指 定 区 分		育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療
辞退する理由		精神通院医療を利用する患者がいらないため（今後も利用の見込みは無い）。
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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施行規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和○○年 ×月 △日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 山形市松波二丁目8番2号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 医療法人やまがた会 理事長 ○○ ○○</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>		

備考 指定区分は該当する項目を○で囲むこと。