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 |  |