

第 8 号様式

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退申出書

医療機関	名 称	
	所在地	〒 (電話)
医療機関等コード		
指定医療機関としての医療の担当を終了する年月日		
指定を辞退する理由		

上記のとおり指定を辞退するので、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第 65 条の規定により、申し出ます。

年 月 日

医療機関の開設者

住 所

氏 名

新潟県知事

様