様式第６号

|  |
| --- |
| 難病医療費助成指定医療機関辞退申出書　 |
| 指定年月日（※１）　　　年　　月　　日 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者 |
| 辞退年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 　※１　難病医療費助成指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。　上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条の規定により申し出ます。　　　　　　年月日医療機関等名称　：所在地　：　コード（※２）　：開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：電話番号　：　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　　宮城県知事　　　　殿※２　医療機関の場合は医療機関コード，薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。 |