

様式第10号

## 指定辞退申出書

年 月 日

宮城県知事 殿

開設者  
住所  
氏名又は名称  
電話番号

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（平成18年厚生労働省令第19号）第64条の規定により、次のとおり申し出ます。

自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療	
指定自立支援医療機関	名称	
	所在地	
	保険指定機関番号	
	担当する医療の種類	
指定を受けた年月日	年 月 日	
指定を辞退する年月日	年 月 日	
指定を辞退する理由		
現に自立支援医療を受けている者に対する措置		

- (備考)
- 1 指定を辞退する日の1か月以上前までに申し出ること。
  - 2 該当する自立支援医療の種類に○をすること。
  - 3 担当する医療の種類は、育成医療及び更生医療の場合に記入すること。