|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　医　療　機　関保　 　険 　　薬　　局生活保護法指定医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関（薬局）コード |  |
| 病　院　・　診　療　所　・　薬　局 | 名　　　称 | （フリガナ）辞　退　申　出　書 |
|  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　　－ |
| 　辞退希望年月日及び辞退の事由**（※）** | 令和　　　年　　　月　　　日 | 事由 | 　　 |
| 生活保護法の指定医療機関の届出関係 （※） | 生活保護法の指定医療機関の辞退の届出を併せて行う | □ | 生活保護法第49条の２第２項第２号から第９号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約 | □ | 国の開設した医療機関 | □ |
| （※）は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。  |

指定登録に関する省令第１０条により申出ます。　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名及び住所　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関東信越厚生局長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※　辞退希望年月日については、申出年月日の翌日より1ヶ月以上経過後の年月日を記載してください。**