

様式第19号(第19条関係)

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

年 月 日

(宛先)富山市長

住 所(所在地)
申請者 氏 名 (名 称 及 び
代表者の氏名)
電 話 ()

指定自立支援医療機関としての指定を辞退したいので、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施行規則第64条の規定により次のとおり申し出ます。

辞退しようとする年月日	年 月 日
辞退しようとする理由	