様式６

指定医療機関辞退申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 種別 | 該当する番号に〇をつけること  １　病院又は診療所　　２　薬局　　　３　指定訪問看護事業者等 |
| 医療機関コード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒  　　　　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 辞退年月日※ | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第２０条の規定により、指定医療機関の辞退を申し出ます。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　開設者等  　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　印  （押印省略可）  　　北九州市長　様 | |

* 辞退年月日は、申出日の翌日より一ヶ月以上を経過した日であること。