

**辞退に関する部分以外は【指定申請書】の記載例と同様に記載**

別紙様式 8

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 辞退申出書

医療機関	名 称	[医療機関コード（7桁）： ]
	所 在 地	(〒 - )
		[電話番号： ]
辞 退 年 月 日		〇〇〇〇年〇月〇日
辞 退 の 理 由		〇〇〇〇〇のため
辞 退 する 旨 の 予 告 期 間		〇〇〇〇年〇月〇日から (〇〇) 日間
<p>上記のとおり、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条の規定により申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 氏</p> <p style="text-align: left;">栃木県知事 様</p>		

**「辞退年月日」から1ヶ月以上の予告期間を設けること**

**例) 辞退年月日 : 6月1日**  
**辞退する旨の予告期間 : 5月1日から(31)日間**  
**辞退申出書の提出期限 : 4月20日(当日消印有効)**