難病医療費助成指定医療機関　指定辞退届出書

様式第７号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　開　 設 　者

　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称（法人にあっては名称及び代表者職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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条の規定に基づき下記のとおり、指定医療機関の指定を辞退します。

記

　１　辞退年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

　２　指定医療機関名（※訪問看護の場合は、訪問看護ステーション名）

　３　指定医療機関所在地

　４　辞退理由

* この届出を提出の際は、指定通知書（原本）を添付してください。
* この届出は、兵庫県管轄内で医療機関等の業務を継続するものの、「難病指定医療機関」の指定を辞退する場合に提出してください。