別紙様式４

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関辞退届  年　　　月　　　日    群馬県知事　あて | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 開設者・事業者の代表者 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条の規定に基づき下記のとおり指定を辞退します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分  （該当するものに○） | １病院 | | | | | | ２診療所 | | | | | | ３保険薬局 | | | | | |
| ４指定訪問看護事業者等  　（右の該当するものに○） | | | | | | |  | | 指定訪問看護事業者  　指定居宅サービス事業者  　指定介護予防サービス事業者 | | | | | | | |  |
| コード | **1** | **０** | |  |  | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |
| 指定医療機関の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 辞退の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。（一番左の３桁は、医療機関：１０ １、薬局：１０４、訪問看護事業所：１０６を記入してください。）

※２　辞退年月日は、届出の日から１月以上の予告期間を設けた日としてください。