

## 難病医療費助成指定医療機関 辞退申出書

該当するものに○をつけてください。		1 病院・診療所    2 薬局    3 訪問看護事業者
保 険 医 療 機 関 等	名 称	
	所 在 地	〒
	コ ー ド ※ 1	
辞退希望年月日		年            月            日
辞退の事由		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により指定を辞退します。</p> <p style="text-align: center;">年            月            日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 ※ 2 住            所 氏 名 又 は 名 称 連 絡 先 電 話 番 号</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p>徳島県知事 殿</p>		

※ 1 医療機関の場合は医療機関コード，薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者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。

※ 2 訪問看護事業者の場合は，事業者及び代表者について記載してください。

※ 3 辞退の申出は，辞退希望日の1月以上前に指定通知書を添付の上おこなってください。