

特定医療費（指定難病）助成指定医療機関辞退届

年 月 日

(宛先) 京都市長

開設者住所

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14条第1項の規定による医療機関の指定について、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定に基づき指定を辞退します。

辞退年月日	年 月 日
指定医療機関名	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所 (いずれかに○をしてください。)
指定医療機関所在地	〒 —
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。
紛失等で添付ができない場合は、その旨を辞退理由欄に記入してください。