

## 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<br>(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。