指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）**指定辞退届出**

**指定辞退**

提出必要書類チェックリスト

|  |
| --- |
| 最終確認後、チェック欄にチェックマークを入れた上で、  様式４－⑴の上（前）に必ず添付してください。 |

書類提出（発送）年月日：　　　　年　　月　　日

医療機関等名称：

**【共通】**　下表を確認の上、不足がないようご準備ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関係様式等 | 書類名称 | チェック欄 |
| 様式４－⑴ | 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退届出書  【開設者記名】 |  |

！届出事項の種別早見表！

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 内容 | 提出書類 |
| 指定辞退 | 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退するとき  ※医療機関そのものが存続する場合は、指定辞退のみ選択可能です。 | 指定辞退届出書**（辞退する１月前までに提出）** |
| 休止届出 | 医療機関そのものを休止したとき | 休止・廃止・再開届出書及び事実確認書類（速やかに提出）  **※別様式をご利用ください。** |
| 廃止届出 | 医療機関そのものを廃止したとき | 休止・廃止・再開届出書及び事実確認書類（速やかに提出）  **※別様式をご利用ください。** |
| 再開届出 | 休止中の医療機関を再開したとき | 休止・廃止・再開届出書及び体制確認書類（速やかに提出）  **※別様式をご利用ください。** |

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

（指定の辞退）

第六十五条　指定自立支援医療機関は、一月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

様式４－⑴

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  沖縄県知事　殿  開設者の氏名又は名称  指定自立支援医療機関の名称  指定自立支援医療機関の所在地  担当している医療の種類  　下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成１７年法律第１２３号）第６５条の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退するので届出を行う。 | |
| 辞 退 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 辞退理由 |  |

担当者氏名

【留意事項】

辞退年月日までに一月以上の予告期間を設けること（辞退予定年月日の一月以上前に指定辞退届出書を提出すること）。