

第6号様式

指定医療機関指定辞退申出書（指定難病）

年 月 日

（宛先）名古屋市長

開設者

住所（法人の場合は所在地）

氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

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、次のとおり指定医療機関の指定を辞退したいので申し出ます。

辞 退 年 月 日	年 月 日
指定医療機関名	
医療機関コード	2 3
所 在 地	〒
電 話 番 号	
辞 退 理 由	

※1 「指定医療機関指定通知書（第2号様式）」の原本を添付してください。

※2 医療機関コード欄は、病院又は診療所は医療機関コード（医科は231、歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）、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（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載してください。