

難病医療費助成指定医療機関辞退申出書

指定年月日（※1）	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所
辞退年月日		年 月 日
辞退の理由		

※1 難病医療費助成指定医療機関指定書（原本）を添付してください。

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により申し出ます。

年 月 日

医療機関等

名称 :

所在地 :

コード（※2） :

開設者

住所（法人にあつては所在地） :

電話番号 :

氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名） :

東京都知事 殿

※2 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。