様式３

特定医療にかかる指定医療機関指定辞退届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関等種別  （該当するものに○） | | 病院　　診療所　　介護医療院　　薬局　　指定訪問看護事業者等 | |
| 保険医療機関等 | 名称 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 電話番号 | |  |
| コード（※１） | |  |
| 辞退年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退理由 | | |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第２０条の規定に基づき、指定医療機関の指定を辞退いたしたく、届出を行います。  　　　　　年　　　月　　　日(※２)  　　　　　　　　　　　　　　　　　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の職・氏名）(※３)    　　　富　山　県　知　事　殿 | | | |

※１　病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等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、介護医療院の場合は介護保険事業所番号を記載すること。

※２　原則として、指定辞退の年月日より１ヶ月以上前に届出書を提出すること。

※３　開設者が死亡の場合は、その代理者が届出書を提出すること。