**様式７**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  **法律第65条の規定による医療機関の指定辞退届**  　　年　　月　　日  長野市長　宛  指定医療機関名  医療機関の開設者  住　所  氏　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　下記の理由により辞退しますので申し出ます。 | |
| 担当する医療の種類 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 辞退理由 |  |
| 備考 |  |

※辞退届は、辞退日の一月以上前に提出してください。（障害者総合支援法第65条）