様式第1号の22（第1条の14関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届出書

年　　月　　日

　（あて先）岐阜市長

開設者等 住所

　 氏名

　児童福祉法第19条の15の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関等の名称 |  |
| 保険医療機関等の所在地 | 〒　　　－ |
| 辞退年月日 | 年　月　日 |