

様式 3

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の指定辞退届出書

年 月 日

(あて先) さいたま市長

指定医師住所

氏 名

下記のとおり、身体障害者福祉法施行令第 3 条第 2 項により、指定を辞退したいのでお届けします。

指 定 医	医 療 機 関	
	所 在 地	
	担当する障害区分	
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

留意事項

指定医師が死亡等で届出ができないときは、親族等代理人が事実発生後速やかに届出ください。

他の都道府県へ転出される場合は、転入先の自治体で、県内の場合も、埼玉県、川越市、越谷市又は川口市で新たに指定をうけることとなります。

## 記入例

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定辞退届出書

令和〇〇年〇月〇〇日

(あて先) さいたま市長

指定医師住所 東京都〇〇1-1-1

氏名 〇〇〇〇

下記のとおり、身体障害者福祉法施行令第3条第2項により、指定を辞退したいのでお届けします。

指 定 医	医 療 機 関	〇 〇 病 院
	所 在 地	さいたま市〇〇区〇〇1-2-3
	担当する障害区分	心臓機能障害
辞 退 年 月 日		令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
辞 退 の 理 由	県外への転勤による。	

### 留意事項

指定医師が死亡等で届出ができないときは、親族等代理人が事実発生後速やかに届出ください。

他の都道府県へ転出される場合は、転入先の自治体で、県内の場合も、埼玉県、川越市、越谷市又は川口市で新たに指定をうけることとなります。