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辞退届出書

　　年　　月　　日

（あて先）

越谷市長

指定医師住所

電話番号

届出者氏名

（指定医師名：　　　　　　　　・指定医師との関係：　　　）

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届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医 | 医療機関名　 |  |
| 所在地　 |  |
| 指定障害区分 |  |
| 辞退年月日　 | 　　　年　　　　月　　　　日　　　 |
| 辞退の理由　 |  |

留意事項

１　この届出書は、越谷市における身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師

の資格喪失に関わるものです。

２　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

け出てください。

 なお、この場合、指定医師住所、電話番号、届出者氏名は届出者の住所等を記して

ください。また届出者氏名下の（　　）には、辞退に係る指定医師の氏名や同医師と

届出者の関係（配偶者、子など）を記してください。

３　この辞退届出書を提出した医師が、再度指定を受けようとする場合、新規申請を行

う必要があります。

４　他の都道府県・政令市・中核市に転出され、その都道府県等で身体障害者福祉法に

基づく診断書・意見書を作成する場合には、新たに当該自治体に指定医師に係る申請

手続を行い、指定を受ける必要があります。