

指定自立支援医療機関(精神通院医療)

☐ 休 止(再開)☐ 廃 止 届☐ 辞 退

医 療 機 関 (備 考 1)	名 称	
	所 在 地	〒 — TEL()
開 設 者 (法人の場合は法人名および法人所在地を記載)	氏名又は名称	
	住 所	〒 — TEL()
医 療 機 関 番 号		
☐ 休 止(再開) ☐ 廃 止 ☐ 辞 退	理 由	
☐ 休 止(再開) ☐ 廃 止 ☐ 辞 退	年 月 日	年 月 日
上記のとおり、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63条 施行規則 の規定により指定自立支援医療機関(精神通院医療)を ☐ 第64条 ☐ 休 止(再開) ☐ 廃 止 します。 ☐ 辞 退 年 月 日 愛 知 県 知 事 殿 医療機関の開設者 所 在 地 名 称 開設者(代表者)		

- 備考 1 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 2 「休止(再開)・廃止・辞退」の別及び施行規則条番号については該当する項目にチェック若しくは○をすること。
- 3 辞退届については、辞退年月日(指定の効力が失効する日)の2ヶ月前までに届け出ること。
- 4 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合、「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。