様式第10号(第11条関係)

指定自立支援医療機関業務休止等届出書

年　　月　　日

　福井県知事　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医療機関の所在地 |  |
| 医療機関の名称 |
| 医療機関の開設者住所 |
| 医療機関の開設者氏名または名称 |  |
| 担当する自立支援医療の種類 | 育成医療・更生医療・精神通院医療 |

　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施行規則第63条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

　1　届出の事由

　ア　省令第63条第1号の規定による届出の場合　　　休止・廃止・再開

　イ　省令第63条第2号の規定による届出の場合　(　　　　　　　　　　　　)

　2　指定年月日

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　3　指定番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　4　届出の事由が発生した年月日

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　5　業務を休止し、廃止し、または再開する理由

　備考

　　1　「届出の事由」欄には、省令第63条第1号の規定による休止、廃止または再開の届出をする場合は「ア」欄の該当する事由に○を記入し、省令第63条第2号の規定による処分の届出をする場合は「イ」欄の括弧内に処分の根拠法および条項を記入してください。

　　2　指定書を添付してください。