

指定自立支援医療機関休止（廃止・再開・処分）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

開設者 住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名） 氏名

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、次のとおり届け出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 電話番号 メールアドレス
2 指定（更新）年月日	育成・更生医療	年 月 日（指定・更新） 担当している医療の種類（病院・診療所のみ）
	精神通院医療	年 月 日（指定・更新）
3 届 出 の 種 類	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 ・ 処 分	
4 休 止 （ 廃 止 ・ 再 開 ・ 処 分 ） 年 月 日	年 月 日	
5 休 止 （ 廃 止 ・ 再 開 ・ 処 分 ） の 理 由 ・ 内 容 等		
6 現 に 受 診 し て い る 者 に 対 す る 措 置 （ 廃 止 ・ 休 止 の 場 合 ）		

この届出についての問い合わせ先
担当者名
電話番号