様式第５号

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）休止・廃止・再開届出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名称 |  |
| 医療機関コード |  |
| 所在地 | 〒 | ℡（　　　　） |
|  |
| 開設者 | 住所 | 〒 | ℡（　　　　） |
|  |
| 氏名又は名称 |  |
| 廃　止　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 現に自立支援医療を受けている者に対する処置※ |  |
| 　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施行規則（平成１８年厚生労働省令第１９号）第６３条第１号の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）を　休止・廃止・再開します。　　　　　　　年　　月　　日開設者住所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北　九　州　市　長　　様 |

備考　１「指定医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。

　　　２「開設者の住所及び氏名」欄には、開設者が個人である場合にはその者の住所及び氏名を記載すること。

　　　３　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。

* 現に自立支援医療を受けている者がいる場合は、その者への周知を行い、他の医療機関等へ変更申請を行

うよう指導すること。