|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第３５号様式 | | | | | |
| 指定自立支援医療機関（休止・廃止・再開）届出書 | | | | | |
|  | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | |
| （あて先）川崎市長 | | | | | |
|  | | | 指定自立支援医療機関の開設者等 | | |
|  | | |  | | |
|  | | | 住　所 | | |
|  | | | |  | |
|  | | | | 氏　名 | |
|  | | | |  | |
|  | | | | | 法人にあっては、主たる事務所の |
|  | | | | | 所在地、名称及び代表者の氏名 |
|  | | | | | |
| 次のとおり業務を（休止・廃止・再開）しましたので、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条の規定により届け出ます。 | | | | | |
|  | | | | | |
| 指定自立支援  医療機関 | 名称 |  | | | |
|  | | | |
| 所在地 |  | | | |
|  | | | |
| 自立支援医療の種類 |  | | | |
|  | | | |
| 自立支援医療機関の種別 |  | | | |
|  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
|  | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | |  | | | |
|  | | | |
| 休止・廃止した理由 | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 現に指定自立支援医療を受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ記載） | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 休止の予定期間 | | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで | | | |

（注）　指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問看護ステーション等」と、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替えてください。