

第35号様式

指定自立支援医療機関（休止・**廃止**・再開）届出書

令和 ○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 東京都○○区○○町○-○-○

氏 名 ○○株式会社

代表取締役 ○○ ○○

〔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の名称等	名 称	○○薬局 ○○支店
	所 在 地	川崎市○○区○○町○-○-○
	自立支援医療の種類	精神通院医療
	指定自立支援医療機関の種類別	薬局
休止・ 廃止 ・再開した年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
休止・ 廃止 した理由	例) 閉局に伴う廃止、事業譲渡に伴う医療機関コード変更による廃止 等	
現に指定自立支援医療を受けていた者に対する措置（休止・廃止した場合のみ）	例) 近隣の薬局へ利用登録を変更するように案内済み、事業譲渡後の薬局で引き続き対応していく 等	
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで	