

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)の処分に係る届出

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 医療機関<br>(備考1)                                                                                                                                                                                                                                                             | 名 称                                                   |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 所 在 地                                                 | 〒                      TEL(                      ) |
| 開設者<br>(法人の場合は法人名および法人所在地を記載)                                                                                                                                                                                                                                             | 氏名又は<br>名 称                                           |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | 住 所                                                   | 〒                      TEL(                      ) |
| 医療機関番号                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |                                                    |
| 処 分 内 容<br><br>(該当する項目にチェック若しくは○)                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分  |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 健康保険法第95条に規定する処分             |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 介護保険法第77条第1項に規定する処分          |                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 薬事法第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分 |                                                    |
| 処 分 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年           月           日                             |                                                    |
| <p>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第63条第2項の規定により処分を受けたことを届出ます。</p> <p style="text-align: right;">年           月           日</p> <p style="text-align: center;">愛 知 県 知 事 殿</p> <p style="text-align: center;">医療機関の開設者<br/>所 在 地<br/>名           称<br/>開設者(代表者)</p> |                                                       |                                                    |

- 備考 1 「医療機関等の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 2 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。その場合、「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。