

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 (備考1)	名称	あいち訪問看護ステーション ※正式名称を記入してください。	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇番地	
開設者 (法人の場合は法人名および法人所在地を記載)	氏名又は名称	株式会社あいち	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地	
医療機関番号	1234567 (病院、診療所・薬局の場合) 厚生局から付与される7桁の番号を記入してください。 (訪看の場合) 7桁の事業所番号を記入してください。		
処 分 内 容 (該当する項目にチェック若しくは○)	☐ 医療法第108条第1項に規定する処分		
	☐ 健康保険法第95条に規定する処分		
	☒ 介護保険法第77条第1項に規定する処分		
	☐ 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	令和〇年〇月〇日		
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。			
令和〇 年〇月〇日 届出日を記入してください。			
愛 知 県 知 事 殿			
医療機関の開設者			
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地			
名 称 株式会社あいち			
開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎			

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。