

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)

☐ 休 止(再開)☒ 廃 止 届☐ 辞 退

医 療 機 関 ( 備 考 1 )	名 称	あいち薬局 ※正式名称を記入してください。
	TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇	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 ※個人開設の場合は個人名
	〒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	厚生局から付与される7桁の番号を記入してください。
<input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退	理 由	〇〇のため
<input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退	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		
■ 第63条 施行規則 の規定により指定自立支援医療機関(精神通院医療)を		
<input type="checkbox"/> 第64条		
<input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退	止 ます。	該当する項目にチェックを入れてください。
愛 知 県 知 事 殿		令和〇 年〇月〇日 届出日を記入してください。
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 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。  
2 「休止(再開)・廃止・辞退」の別については該当する項目にチェック若しくは○をすること。  
3 辞退届については、辞退年月日(指定の効力が失効する日)の1ヶ月前までに届け出ること。  
4 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。