

別記第29号様式(第15条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)業務休止等届出書

年 月 日

函館市長 様

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住所

(法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

届出者 氏名

電話 局 番

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、次のとおり届け出ます。

指定自立支援 医療機関	名 称	
	所在地	(電話 局 番)
届 出 事 由	1 休止      2 廃止      3 再開      4 処分	
届出事由の発生年月日	年 月 日	
休 止 の 場 合 の 再 開 予 定 年 月 日	年 月 日	
処分を受けた場合は、 そ の 内 容		

注 育成医療または更生医療のいずれかの届出の場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、届出に係るもの以外の部分を二重線で消してください。