

様式第8号

指定自立支援医療機関(精神通院医療)の処分に係る届出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 ー TEL ()
開 設 者	住 所	〒 ー TEL ()
	氏名又は名称	
処 分 内 容 (該当する番号に○をつける)	1	医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分
	2	健康保険法第95条に規定する処分
	3	介護保険法第77条第1項に規定する処分
	4	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	
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（平成18年厚生労働省令第19号）第63条第2号の規定により、処分を受けたことを届け出ます。 年 月 日 開 設 者 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあつては、名称及び代表者氏名) 印 熊本市長 様		

備考

- 1 「指定医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 2 「処分内容」は該当するところに○をすること。
- 3 「開設者の住所及び氏名」欄には、開設者が個人である場合にはその者の住所及び氏名を、法人である場合には、主たる事務所の所在地及びその名称並びに代表者氏名を記載すること。
- 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。