様式第１０号

|  |
| --- |
| 指定自立支援医療機関(廃止・休止・再開・処分)届年　　　　月　　　　日　　　神　戸　市　長　　　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地　開　設　者　　住所　氏名又は名称　指定自立支援医療機関の（廃止・休止・再開・処分)について、下記のとおり届け出ます。記 |
| 自立支援医療の種類 | 精神通院医療 |
| 廃止、休止又は再開の年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 廃止又は休止の理由 |  |
| 休止の場合の休止予定期間 | 　　　年　　　　　　月　　　　　　日　から　　　年　　　　　　月　　　　　　日　まで |
| 医療法、健康保険法、介護保険法又は薬事法に規定する処分を受けた場合の処分内容（該当する番号に○印を記入すること） | 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 |

備考　１　廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印を記入すること。

２　「医療機関等」の名称は、必ず正式名称を記載すること。