|  |  |
| --- | --- |
| 難病医療費助成指定医療機関( 廃止 ・ 休止 ・ 再開 ・ 処分 )届  令和　　　年　　　月　　　日  神戸市保健所長　　宛  医療機関等  名　称：  所在地：神戸市  開　設　者  住　所：  氏名又は名称：  下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４３条の規定により届け出ます。  記 | |
| 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  又は医薬品、医療機器等の品質、  有効性及び安全性の確保等に  関する法律に規定する処分を  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　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第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。