様式８

|  |  |
| --- | --- |
| 指定自立支援医療機関（廃止・休止・再開・処分）届  　　年　　月　　日  　　明 石 市 長　様  医療機関名  所在地  開設者  住　所    　　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 | 育成医療　・　更生医療 |
| 廃止、休止又は再開の年月日 |  |
| 廃止又は休止の理由 |  |
| 休止の場合の休止予定期間 |  |
| 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年月日 及び処分内容 |  |

　※　廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印をつけて下さい。