**様式８**

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**休　止****指定自立支援医療機関　　　廃　止**　　**届****再　開**　　年　　月　　日長野市長　宛指定医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の開設者住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の業務について、下記の理由により（　休止・廃止・再開　）しますので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条の規定により届け出ます。 |
| 担当する医療の種類 |  |
| 休止・廃止・再開年　　月　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 休止・廃止・再開の　　理　　由 |  |
| 備考 |  |

※休止・廃止・再開のいずれか該当するものを○で囲むこと。