**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。