

指定自立支援医療機関（精神通院医療）休止等届出書

医療機関	名称	〇〇薬局 [医療機関コード（7桁）：〇〇〇〇〇〇〇〇]
	所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇]

休止・廃止・再開  
のいずれかを選択

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条第2号関係

休止・廃止・再開の別 (該当する事項を○で囲むこと。)	休 止      廃 止      再 開
休止等をした年月日	(元号) 〇年〇月〇日
休止等をした理由	〇〇〇〇〇のため

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条第2号関係

処分の根拠 (該当する条項を○で囲むこと。)	医療法 第24条 第28条 第29条 健康保険法 第95条 介護保険法 第77条第1項 薬事法 第72条第4項 第75条第1項
処分を受けた年月日	年                  月                  日
処分を受けた内容及び理由	

上記のとおり、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。

(元号) 〇年〇月〇日

開設者(代表者)

住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇

氏 名 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

栃木県知事 様

法律に基づく処分によって休止もしくは廃止する場合に記載

法人の本社所在地

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名