

様式9

指定自立支援医療機関	休 止 廃 止 届 再 開	年 月 日
松本市長 宛		
指定医療機関名 _____ 医療機関の開設者		
住 所		
氏 名 (法人にあつては、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。