育更様式４

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止等届（共通）**

（保険医療機関等コード　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者（代表者） | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  |  職名 |  |
| 担当する医療の種類 |  |
| 休止・廃止・再開の別（あてはまるものに○） | 休止　・　廃止　・　再開 |
| 休止等の理由 |  |
| 休止等年月日 |  |
|  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（平成１８年厚生労働省令第１９号）第６３条の規定に基づき届出を行う。　　　　　年　　　月　　　日 　開設者（代表者） 住　 所　 氏名又は名称 　　　 印 　茨城県知事　　　殿 |
|

|  |
| --- |
| 担当部署（　　　　　　　　　　　　）担当者氏名（　　　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　　　　　　　）※申請内容について確認させていただく場合が有りますので，連絡先を記入してください。 |