

様式 1 5

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）休止・廃止・再開届

保険医療 機関開設 者	名称	
	所在地 氏名または名称	
	住所または所在地	
担当医療		
休止・廃止・再開理由		
休止・廃止・再開年月日		
備 考		
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（平成 17 年法律第 123 号）施行規則第 6 3 条の規定により届出します。 年 月 日 （宛先）岡 崎 市 長 開 設 者 住 所 氏 名 担当者名 担当者連絡先 （ ） —		