様式第３５号（第２０条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の（休止・廃止・再開）届出書

医療機関等	名　　称	（ 医療機関コード　　－　　）
	所　在　地	〒　　－　　Tel.　　（　　）
開　設　者	住　　所	〒　　－　　Tel.　　（　　）
	氏名又は名　　称	
担当医療の種類		
（休止・廃止・再開）する年月日		年　　月　　日
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条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の（休止・廃止・再開）を届け出ます。

年　　月　　日

開　設　者

住　所

氏　名

大阪府知事　　様

※　休止・廃止・再開のいずれか該当項目を〇印で囲むこと。