様式第15号

年　　　月　　日

福　岡　市　長　　様

開設者又は事業者

住　所

氏　名

**処分届出書**

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条第２項の規定により，下記のとおり届け出ます。

記

１　指定自立支援医療機関の名称

２　担当すべき医療の種類

３　指定年月日 　　　　 　　　　　　　 　　　 年　　月　　日

４　処分の種類　　　　・医療法第24条（施設の使用制限命令等）

　　　　　　　　　　　・医療法第28条（管理者の変更命令）

　　　　　　　　　　　・医療法第29条（開設許可の取消等）

　　　　　　　　　　　・薬事法第72条（改善命令等）第４項

　　　　　　　　　　　・薬事法第75条（許可の取消等）第１項

　　　　　　　　　　　・介護保険法第77条（指定の取消等）第１項

　　　　　　　　　　　・健康保険法第95条（指定訪問事業者の指定の取消）

５　処分のあった年月日　　　 　　　　 　　　　年　　月　　日