

## 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定申請提出書類（薬局用）

- ① 指定自立支援医療機関指定申請書（様式第48号）※1
- ② 経歴書（別紙15）
- ③ 調剤のために必要な設備及び体制の概要（別紙16）
- ④ 主たる薬剤師の免許証の写し（1部）※2
- ⑤ 薬局の見取図（寸法記載をしたもの）（1部）
- ⑥ 認定薬剤師証の写し
- ⑦ 薬局開設許可証の写し又は保険薬局指定通知書の写し
- ⑧ 登記簿謄本の写し（申請者が法人の場合のみ）

※1 指定について

審査の上、不備がなければ申請から1ヶ月ほどで指定の決定がされます。

指定年月日は指定が決定した日の属する月の翌月の初日となるため、遅くとも指定を希望する月の前月上旬までに申請をお願いします。

※2 主たる薬剤師（管理薬剤師）は、十分な調剤実務経験（調剤経験3年以上）を有していることが必要です。

【問い合わせ・送付先】

〒420-0846

静岡市葵区城東町24-1

静岡市地域リハビリテーション推進センター

電話 054-249-3182

FAX 054-209-0103

## 様式第 48 号（誓約項目）

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第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項各号（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く）に該当しないことを誓約すること。

### 1 第 4 号関係

申請者が禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 2 第 5 号関係

申請者が、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その他の法律（児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 3 第 5 号の 2 関係

申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

### 4 第 6 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していない。

#### (1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

#### (2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

### 5 第 8 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定を辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

### 6 第 9 号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

7 第 10 号関係

第 8 号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第 8 号の通知の日前 60 日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

8 第 11 号関係

申請者が、指定の申請前 5 年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第 12 号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。

10 第 13 号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書  
(薬局)

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地			
	薬 局 コード			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	(別紙 15)	
調剤のために必要な設備及び体制の概要		(別紙 16)		
<p>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第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定を受けたいので上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項 (第1号から第3号まで及び第7号を除く。) の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>				

(注)

- 1 「保険薬局の名称」は、正式名称を記載してください。
- 2 様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
- 3 薬剤師免許証の写しを添付してください。
- 4 薬局開設許可証の写し又は保険薬局指定通知書の写しを添付してください。

※連絡先 (必ず記入してください)    Tel \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

(別紙15)

経 歴 書  
< 薬剤師 >

ふり 氏	がな 名		生年月日	
現 住 所				
学位の有無	有 ・ 無	学位の内容		
最 終 学 歴				
主たる職歴				

(注) 薬剤師免許証の写しを添付してください。

(別紙16)

調剤のために必要な設備及び体制の概要

薬局の名称				
調剤室の構造			調剤室の面積	
主たる設備	品目	数量	品目	数量
体制				
薬剤師認定制度認証 機構(CPC)の認定 する認定薬剤師数	人(当薬局に勤務する認定薬剤師数)			

- (注) 1 薬局の見取図(寸法記載)を添付してください。(出入口ほか通路の幅も記載してください。)
- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年2月厚生省令第2号)に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載してください。
- 3 認定薬剤師証の写しを添付してください。

## 記入例

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書  
(薬局)

保 険 薬 局	名 称	〇〇〇薬局		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号 電話 (054) 123-4567		
	薬局コード	123456789		
開 設 者	住 所	静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号		
	氏名又は名称	株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 静岡太郎		
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名 ※ 管 理 薬 剤 師 の 氏 名 を 記 入 す る こ と	清 水 花 子	略 歴	(別紙 15)	
調剤のために必要な設備及び体制の概要		(別紙 16)		
<p>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第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定を受けたいので上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項(第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 所 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号 氏名又は名称 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 静岡太郎</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>				

(注)

- 「保険薬局の名称」は、正式名称を記載してください。
- 様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
- 薬剤師免許証の写しを添付してください。
- 薬局開設許可証の写し又は保険薬局指定通知書の写しを添付してください。

※連絡先(必ず記入してください) Tel 〇〇 \_\_\_\_\_ 担当者 〇〇 〇〇

経 歴 書  
< 薬剤師 >

氏 名 ふり がな 清水 花子 しみず はなこ	生年月日	昭和 〇年〇月〇日
現 住 所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号	
学位の有無	① ・ 無	学位の内容 薬学修士
最 終 学 歴	□□□大学 薬学部 薬学科 (昭和〇〇年〇月卒業)	
主たる職歴	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"><b>【注意】</b> 主たる薬剤師（管理薬剤師）は、調剤実務（調剤業務）経験が3年以上必要です。</div> 昭和〇〇年〇月 □□□薬局〇店入社 （薬剤師・調剤業務） 昭和〇〇年〇月 同 退社  昭和〇〇年〇月 (株) △△△会社入社 〇〇薬局〇〇店 (薬剤師・調剤業務) 〇〇薬局〇〇店 (薬剤師) 平成〇年〇〇月 同 退社  平成〇〇年〇月 〇〇〇薬局〇店入社 (管理薬剤師・調剤業務) 令和〇年〇〇月 同 退社  令和〇年〇〇月 ◇◇◇薬局〇店入社 (管理薬剤師)  現在に至る  調剤実務（業務）経験 通算〇年	

(注) 薬剤師免許証の写しを添付してください。

(別紙16)

調剤のために必要な設備及び体制の概要

薬局の名称	〇〇〇薬局			
調剤室の構造	鉄筋コンクリート		調剤室の面積	〇〇.〇 m <sup>2</sup>
主たる設備	品目	数量	品目	数量
	自動分包分割機	1		
	電子天秤	1		
	錠剤粉碎機	1		
体制	管理薬剤師 清水花子 認定薬剤師 清水花子 薬剤師 2名(非常勤) 事務員 2名(常勤) 計5名  相談窓口設置(担当:管理薬剤師 清水花子) 緊急連絡先はシャッターに記載。(薬袋にも記載。) 時間外は携帯電話へ転送。			
薬剤師認定制度認証 機構(CPC)の認定 する認定薬剤師数	1人(当薬局に勤務する認定薬剤師数) ※非常勤でも可です。また、いない場合は0人と記載してください。 ※認定薬剤師全員の認定薬剤師証を添付してください。			

(注) 1 薬局の見取図(寸法記載)を添付してください。(出入口ほか通路の幅も記載してください。)

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年2月厚生省令第2号)に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載してください。

3 認定薬剤師証の写しを添付してください。