様式第48号（第42条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）指定（指定更新）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 | |  |
| 調剤のために必要な設備及び体制の概要 | | |  | | | | |
| 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（第60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・精神通院医療）として指定（指定更新）を受けたいので上記のとおり申請します。  　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。  　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名又は名称  　（宛先）静岡市長 | | | | | | | |

（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・精神通院医療）」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　精神通院医療の申請の場合は、「調剤のために必要な設備及び施設の概要」の記入は不要です。