

【記入例】

- 注) 1. 記載内容に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印の押印をお願いします。
2. 下記枠外の※印の項目をご確認の上、添付書類等の作成をお願いします。

様式2-1

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）

薬局	名称	〇〇〇薬局 〇〇店		
	所在地	〒： 〇〇〇-〇〇〇〇 住所： 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号 TEL： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 FAX： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
	医療機関コード	〇〇〇-〇〇〇〇		
開設者	住所	〒： △△△-△△△△ 住所： △△市△△町△丁目△番地△号 TEL： △△△△-△△-△△△△ FAX： △△△△-△△-△△△△		
	氏名又は名称	株式会社△△△△△ 代表取締役 △△ △△△		
	生年月日	昭和△年△月△日	職名	代表取締役
管理薬剤師の氏名	□□ □□□	略歴	様式2-2のとおり	
調剤のために必要な設備及び施設の概要		様式2-3のとおり		
<p>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（平成17年法律第123号）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）として指定されたく申請する。</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する。</p> <p>〇年〇月〇日</p> <p>(薬局の開設者) 住 所 △△市△△町△丁目△番地△号 氏名又は名称 株式会社△△△△△ 代表取締役 △△ △△△ 印</p> <p>(薬局) 所 在 地 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号 名 称 〇〇〇薬局 〇〇店</p> <p>奈良県知事 殿</p>				

医療機関コードは決定後に連絡いただいても構いません。

*法人・個人とも近畿厚生局に登録されている住所・名称（氏名）
*生年月日…代表者
*職名…法人の場合のみ記入

*上記の「開設者」「保険薬局」欄の記載内容と同一表記で左欄にご記入下さい。
*「開設者」の捺印をお願いします。

- ※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、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下さい。
- ※ 様式2-2、様式2-3、薬剤師免許の写し、薬局の見取図を添付して下さい。