

【記入例】

- 注) 1. 記入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、直近の指定の申請時から変更があった場合は該当の書類の作成もお願いします。

様式 2-6

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書
（薬局）

| | | | | |
|---|---------|---------------------------|--|-------|
| 保険薬局 | 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 FAX : 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 |
| 薬剤師の変更の有無 | | 有 ・ 無 | | |
| 薬剤師氏名 | | □□ □□□ | | |
| 調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無 | | 有 ・ 無 | | |
| <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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</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> | | | | |

* 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

* 現在の薬剤師名をご記入下さい。
* 薬剤師・設備等の変更があり、前回申請時以降未届の場合は「有」に○印をし、変更届出書類を添付して下さい。

* 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の更新を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去して下さい。
- ※ 「薬剤師の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、様式2-4、様式2-2、薬剤師免許の写しを併せて提出して下さい。
- ※ 「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、様式2-5、様式2-3、及び薬局の見取図を添付して下さい。
- ※ その他、薬局の所在地、名称、開設者等について、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、様式2-5を併せて提出して下さい。