

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	株式会社〇〇薬局〇〇店		
	保険薬局コード	123-456-7		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市中央区〇〇丁目〇番〇号 〔電話番号 092-〇〇〇-〇〇〇〇 〕		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡市博多区〇〇丁目〇番〇号 〔電話番号 092-〇〇〇-〇〇〇〇 〕		
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇		
	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	〇〇 〇〇〇 ← <b>管理薬剤師</b> の氏名を記載すること。			
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無	有 ・ <b>無</b> ※2			
<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1項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>福岡市長 様</p> <p>開 設 者 株式会社〇〇薬局 住 所 福岡市博多区〇〇丁目〇番〇号 氏名又は名称 代表取締役 〇〇 〇〇</p>				

※1 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すること。

※2 「有」の場合は、様式第2号付表2の提出が必要です。