様式第13号の2（その２）薬局用（第11条の2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）指定更新申請書

（薬局）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 開設者 | 住所 | 〒 | | | |
| 氏名または名称 |  | | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  | |
| 薬剤師の氏名 | |  | | | |
| 調剤のために必要な設備および施設の変更の有無 | | | | | 有　・　無 |
| 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~~・精神通院医療）として指定の更新をしたいので申請します。  　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  氏名または名称　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　（あて先）  　　　 滋賀県知事 | | | | | |

注１　育成医療、更生医療または精神通院医療のいずれかの指定を希望する場合は、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。

　２　「調剤のために必要な設備および施設の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、別紙を添付してください。

調剤のために必要な設備および施設の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 | |  |
| 主たる設備 | 品　　　　　　　　目 | | 品　　　　　　　　目 | |
|  | |  | |

備考　１　薬局の見取図を添付してください。

２　主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則に掲げるもの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。