

第五号様式（第四条第二号）

（その一 育成医療・更生医療用）

指定自立支援医療機関指定更新申請書（薬局用）

年 月 日

千葉県知事 様

薬局の開設者

住所又は所在地

氏名又は名称

印

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項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項において準用する同法第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。

1 保険薬局の名称及び所在地

名 称

所 在 地

電話番号

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

3 薬剤師の氏名

4 調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無 有 ・ 無

5 処方箋の受付状況（別紙1）

備考

- 1 調剤のために必要な設備及び施設の変更がある場合は、別紙2を添付すること。

別紙1

処方箋の受付状況

医療機関名	指定の有無	医療機関名	指定の有無

備考

- 1 医療機関名には、処方箋を受け付けているか、又は受け付ける予定がある医療機関名を記入すること（予定の場合には、医療機関名の末尾に「（予定）」と記入すること。）。
- 2 指定の有無欄には、その医療機関が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項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療又は更生医療に限る。）である場合に○を記入すること。

別紙 2

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	調剤室の面積	
	品 目	品 目
主たる設備		

備考

- 1 薬局の見取図を添付すること。
- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げる設備以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。