様式１９

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）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　-　　　℡(　　　)　　　- |
| 開設者 | 住所 | 〒　　-　　　℡(　　　)　　　- |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 | （※個人開設の場合） | 職名 | （※個人開設の場合） |
|  保険薬局の 指定年月日等 | 医療機関番　　号 |  | 指　定期間始 | 年　　月　　日 |
|  主として 担当する 薬剤師 |  氏名 |  |
|  略歴 |  |
|  調剤のために必要な設備 及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）（薬局）として指定を更新されたく申請する。 　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。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 　（あて先）一 宮 市 長　 開設者 　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地 　　　　　　　　　　　　　　　　　名称 　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　 |

※　育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、２箇所の「（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すること。

※　直近の指定申請（変更届を含む）から変更があった場合は、変更届を提出すること。