

記載例（個人開設の場合）

様式第12号（規格A4）（第12条関係）  
（その2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書  
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	〇〇〇薬局 (薬局コード 〇〇〇〇〇〇〇 )		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇)		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇		
	氏名又は名称	群馬 太郎	個人開設者の生年月日	
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇日	職 名	記載不要
薬 剤 師 の 氏 名	群馬 太郎	経 歴	(別紙1)	

付番が済んでいないときは空欄

個人開設者の自宅住所

個人開設者の生年月日

上記のとおり、障害者総合支援法第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。

また、障害者総合支援法第59条第3項において準用する障害者総合支援法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

個人開設者の自宅住所

開 設 者

住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇

氏名又は名称 群馬 太郎

印

(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

群馬県知事 あて

記載例（法人開設の場合）

様式第12号（規格A4）（第12条関係）  
（その2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書  
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	〇〇〇薬局 〇〇店 (薬局コード 〇〇〇〇〇〇〇 )		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇)		
開 設 者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇		
	氏名又は名称	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 群馬 太郎		
	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	群馬 太郎	経 歴	(別紙1)	

付番が済んでいないときは空欄

法人本社の所在地

法人代表者の生年月日

上記のとおり、障害者総合支援法第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。

また、障害者総合支援法第59条第3項において準用する障害者総合支援法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

開 設 者

住 所 群馬県前橋市〇〇町〇丁目〇-〇

氏名又は名称 株式会社〇〇〇〇

群馬 太郎

印

(電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

群馬県知事 あて