

記載例（個人開設の場合）

様式第14号（規格A4）（第13条関係）
（その2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書
（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 <i>個人開設者の自宅住所</i>		
	氏名又は名称	群馬 太郎 <i>個人開設者の生年月日</i>		
	生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日	職 名	記載不要
薬 剤 師 の 氏 名		群馬 太郎		
<p>上記のとおり、障害者総合支援法第60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）として更新されたく申請します。</p> <p>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。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;"> <i>個人開設者の自宅住所</i> 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 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) </p> <p>群馬県知事 あて</p>				

記載例（法人開設の場合）

様式第14号（規格A4）（第13条関係）
（その2）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書
（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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) (E-mail 〇〇〇〇〇〇〇〇〇@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		法人本社の所在地
	氏名又は名称	株式会社〇〇〇 代表取締役 群馬 太郎		
	生 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名	群馬 太郎 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60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）として更新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。

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

代表取締役 群馬 太郎

(電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

群馬県知事 あて