（その２）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（薬局）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　　　称 |  | | |
| 所　　在　　地 | 〒　　　－  （電話番号　　　－　　－　　　）  （E-mail ） | | |
| 開設者 | 住　　　　所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
| 薬剤師の氏名 | |  | 経　歴 | （別紙１） |
| 調剤のために必要な設備及び  施設の概要 | | （別紙２） | | |
| 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（育成医療・更生医療）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。  　　　　　　年　　月　　日  開　　設　　者  住　　　　所  氏名又は名称  （電話番号　　　　－　　　－　　　　）  　　　群馬県知事　あて | | | | |

備考　育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（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してください。