様式 2 3

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定更新申請書（薬局）

保険薬局	名称					
	所在地					
	電話番号	()		—		
開設者	氏名または名称					
	住所または所在地					
	生年月日			職名		
保険薬局の指定年月日等		医療機関 番号			指定年月日	
管理 薬剤師	<small>ふりがな</small> 氏名					
	経歴	様式 9				
調剤のために必要な設備 および施設の変更の有無		有 ・ 無				
<p>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（平成 17 年法律第 123 号）第 6 0 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・更正医療）として指定を更新されたく申請します。</p> <p>また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 岡 崎 市 長</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏 名 担当者名 担当者連絡先 () —</p>						

- ※ 更生医療又は育成医療単独で指定を希望する場合は、2 箇所の「(更生医療・育成医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去すること。
- ※ 「調剤のために必要な設備および施設の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、様式 1 0 を添付すること。