様式８

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定申請書（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 |  |  | | | | | |
| 経歴 | 様式９ | | | | | |
| 調剤のために必要な設備および施設の概要 | | 様式１０ | | | | | |
| 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５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  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します。  年　　　月　　　日  　（宛先）岡 崎 市 長  　　　　　　　　　　　　　　　開　設　者  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所    名　称　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |

※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。