

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	ふりがな 氏名				
	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			
<p>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。</p> <p>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。</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「(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。