|  |
| --- |
| 第２８号様式 |
| 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） |
| 年　　　月　　　日 |
| （あて先）川崎市長 |
|  |  |
|  | 薬局の開設者 |
|  |  |
|  | 住　所 |
|  |  |
|  | 氏　名 |
|  |  |
|  | 法人にあっては、主たる事務所の |
|  | 所在地、名称及び代表者の氏名 |
|  |
| 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（育成医療・更生医療）として指定されたく申請します。 |
| 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。 |
|  |
| 保険薬局 | 名称 |  |
|  |
| 所在地 |  |
|  |
| 医療機関コード |  |
| 電話番号 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
| 薬剤師 | 氏名 |  | 略歴 | 別紙１０のとおり |
| 処方せんを受け付けている主な医療機関（２ヵ所） | １ |
| ２ |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | 別紙１１のとおり |

※　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２箇所の「（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。