|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙１８ | | | | | | | |
| 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書  （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６０条第１項の規定に基づき指定自立医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新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 |  |
| 薬剤師の氏名 | |  | | | | | |
| 調剤のために必要な設備  及び施設の変更の有無 | | 有　 ・ 　無 | | | | | |

※　育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

※　「調剤のために必要な設備及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別紙１１を添付してください。

担当者所属

氏名

連絡先