

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(法人にあつては、主たる事務所の所在地
並びに名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関指定更新申請書 (薬局)

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第60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・更生医療) として指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項各号 (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	(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		
指 定 年 月 日		年 月 日		

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定の更新を申請する場合は、この様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定の更新を申請しない医療の字句を二重線で消去してください。
- 2 申請者が個人の場合にあつては、記名押印に代えて署名することができます。
- 3 直近の申請 (変更届を含む。) から「調剤のために必要な設備及び施設」に変更があった場合は、その概要が分かる書類を添付してください。