

様式第 2 3 号

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 5 9 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) として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第 3 項において準用する同法第 3 6 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				
薬 剤 師 の 経 歴				
調剤のために必要な設備 及び施設の概要				

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、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。

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者は開設者

申請者 住 所 高松市番町一丁目8番15号
株式会社 ○○ファーマシー

氏 名 代表取締役 高松 さつき

(法人にあっては、主たる事務所の所在
並びに名称及び代表者の氏名)

押印は不要

指定自立支援医療機関指定申請書 (薬局)

育成医療を申請しない場合、二線抹消

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)として指定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、同条第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。)のいずれにも該当しないことを誓約します。

保 険 薬 局	名 称	○○調剤薬局 番町店		
	所 在 地	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号 (電話番号) ○○○-○○○○		
開 設 者	住 所	〒760-8790 高松市番町一丁目8番15号		
	氏名又は名称	株式会社 ○○ファーマシー 代表取締役 高松 さつき		
	生 年 月 日	昭和○年○月○日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名	高松 さつき			
薬 剤 師 の 経 歴	別紙1			
調剤のために必要な設備及び施設の概要	別紙2			

注

- 1 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を申請する場合は、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っては、記名押印に代えて署名することができます。