

**指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書  
(薬局) (記入例)**

保 険 薬 局	名 称	〇〇薬局 〇〇店						
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL( 〇〇〇 )〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町...					
開 設 者	住 所 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small>	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町...					
	氏 名 <small>(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</small>	氏名 〇〇 〇〇	役職 代表取締役 (生年月日 〇〇 年 〇月 〇〇日 )					
		名称 株式会社 〇〇						
保険薬局の指定年月日等		医療機関 コード					指定年月日	年 月 日
主として担当する薬剤師の氏名 (管理薬剤師)		〇〇 〇〇					保険医療機関としての指定日です。	
<p>上記のとおり、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(精神通院医療)としての指定を更新申請します。</p> <p>なお、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別紙様式4のとおり誓約します。</p>								
兵庫県知事 様		年 月 日 誓約書の日付と同じ						
開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名、開設者が個人の場合は個人の住所・氏名 を記入してください。		開 設 者 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 兵庫県〇〇市〇〇町... 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇 電 話( 〇〇〇 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇						
電子メールの記載は任意		電 子 メール _____ @ _____						

**備考** 1 「保険薬局」の名称は、必ず正式名称を記載すること。  
 2 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の薬局コードを記入すること。  
 3 次の項目において、既に指定を受けている内容に変更がある場合は、併せて変更届(様式17)の提出が必要です。  
 ① 薬局名称・所在地 ② 開設者氏名(名称)・所在地  
 ③ 主として担当する薬剤師氏名(経歴書(様式6)と薬剤師免許の写しの添付が必要)  
 ※医療機関コードが変更となっている場合は廃止届および新コードでの新規申請書類一式が必要です。