

・希望しない医療に二重線で消去してください。チェックがない場合は「育成・更生」の両方の申請になります。  
 ・新規申請の場合は「変更」を二重線で消去して下さい。

**記入例(薬局) 新規・変更**

様式第23号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔**指定(変更)**・指定更新〕申請書  
 (薬局)

余白に医療機関コードを記入してください。

保 険 薬 局	名 称	〇〇〇薬局 △△支店 医療機関コード〇〇〇〇〇〇〇		
	所 在 地	(〒□□□-□□□□) 〇〇市 △△△△ □丁目□□ (電話番号□□□-□□□-□□□□)		
開 設 者	住 所	(〒□□□-□□□□) 〇〇市 △△△△ □丁目□□		
	氏名又は名称	株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 福岡 一郎		
薬 剤 師 の 氏 名	春日 太郎	略 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) 更新の場合 変更の有無  有 ・ 無		
変 更 申 請 理 由	変更の場合のみ記載してください。 新規は空欄をお願いします。			
<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(平成17年法律第123号)〔<b>第59条第1項の規定による</b>・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〔<b>指定(変更)</b>・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>令和〇〇年 〇月 □日</p> <p>開 設 者 住 所 〇〇市△△△ □丁目□□ 氏名又は名称 <b>株式会社 〇〇〇〇</b> <b>代表取締役 福岡 一郎</b></p> <p>福岡県知事 殿</p>				

印

※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(更新又は指定更新)を希望する場合は、式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定(更新又は指定更新)を希望しない医療分を二重線で消去すること。

※2 変更申請の場合は、理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載す  
 ※3 指定更新申請の場合は、別紙1及び別紙2の提出は不要であることただし、「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、直届出含む)から変更があった場合は、別紙2を添付すること。

法人の場合は、法人の代表者印を押印してください。(個人の私印は不可)

経 歴 書 ( 薬 局 用 )

学 位		ふりがな 氏 名	かすが じろう 春日 二郎 (印)	生年月日	s〇年□月△日
現 住 所	〇〇市〇〇〇町△丁目〇〇-□□				
最 終 学 歴	〇〇〇大学 (薬学部) 卒業				
主 たる 職 歴	<p style="text-align: center;">新規開局の場合は、「過去に指定自立支援医療機関において管理者(管理薬剤師)としての経験を有している実績があり、かつ十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること」との条件がありますので、その条件を十分考慮し、詳しく記載してください。</p> <p style="text-align: center;">免許証の写しはA4サイズ お願いします。</p>				

(添付書類) 薬剤師免許証の写し

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	調剤室の面積	
主たる設備	品目	品目
	<p style="text-align: center;">調剤に必要な機器(例えば電子天秤・自動分包機、自動薬袋発行機など)について記載してください。 見取り図がある場合でも記載をお願いします。</p>	<p style="text-align: center;">見取り図についても出来るだけA4サイズでお願いします。</p>

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。