

新規申請用

指定自立支援医療機関指定申請書等記入要領（薬局用）

【指定基準】

- ①各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。
- ②複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であること。
- ③新規開局から1年程度（概ね10か月～12か月）の保険薬局は、管理薬剤師が他の指定自立支援医療機関において、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（3年以上）のある薬剤師であること。
開局から2年目以降の保険薬局にあっては、管理薬剤師は管理薬剤師としての経験が3年以上あること。
- ④常勤の研修認定薬剤師を有していること。
※常勤の研修認定薬剤師を有していないときは、承諾書を提出すること。
なお、承諾書していただく内容は以下のとおりです。
 - ・今後、管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師について最低1名は、研修認定薬剤師（原則、日本薬剤師研修センター認定）を取得すること。
 - ・自立支援医療機関の更新申請時（1回目）に研修認定薬剤師証の写しを添付すること。
 - ・以上を遵守できなかった場合は、指定自立支援医療機関（育成・更生医療）を辞退し、既に自立支援医療（育成・更生医療）を受けている患者に対しては不利益が生じないように配慮すること。
- ⑤通路、待合室など、身体障害者に配慮した設備構造等が確保されていること。

※指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）薬局の新規指定基準フローチャートも参考にしてください。

1 指定申請書（第2号様式）

- (1) 「保険薬局」の名称は、正式名称を記載してください。
- (2) 「担当しようとする自立支援医療の種類」のうち育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、指定を希望しない医療部分を二重線で抹消してください。
- (3) 「薬剤師の氏名」は、管理薬剤師を記載してください。
- (4) 「処方せんを受けている主な医療機関」は、処方せんを受け付けている割合上位2箇所を記載してください。
- (5) 薬局開設許可証の写しを添付してください。

2 経歴書（管理薬剤師）（別紙11）

- (1) 「学位取得年月日」は、専門科目に関する学位の取得年月日を記入してください。
- (2) 「氏名」は、管理薬剤師の氏名と生年月日を記載してください。
- (3) 「最終学歴」は、学校名及び学部・学科名を正確に記載してください。
- (4) 「主たる職歴」は、最終学歴から現在までの職歴を、空白時間がないよう年月日とともにできるだけ詳細に記載してください。
なお、その際には、勤務先における身分（例えば「管理薬剤師」等）についても明確に記載

してください。また、最後は「現在に至る」と記載してください。

(5) 管理薬剤師の薬剤師免許証の写しを添付してください。

(6) 新規開局する保険薬局にあっては、管理薬剤師が、過去に他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての経験実績について、その期間及び指定自立支援医療機関の名称・所在地を記入してください。

3 研修認定薬剤師の常勤

浜松市では、良質かつ適切な自立支援医療の提供を目指して、保険薬局に常勤の研修認定薬剤師を有していることも審査の対象としています。研修認定薬剤師証の写しを添付してください。

常勤の研修認定薬剤師を有していないときは、承諾書（別紙24）を提出してください。

※承諾書（別紙24）については、前ページの指定基準を参照してください。

4 調剤のために必要な設備・施設の概要（別紙12）

(1) 「調剤室の構造」は、衛生状態が確保されていることがわかるように記載してください。

(例) RC造、天井：ボード、壁：ボード下地クロス、床：長尺ビニールクロス

(2) 「主たる設備」は、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げる以外のものがある場合のみ、その主たるものについて記載してください。(例)自動分割分包機、天秤

(3) 薬局の見取図、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていることが確認できる写真、及び図面を添付してください。

なお、写真は、①入口、②受付、③待合室、④通路の順に写真を添付してください。

5 提出書類

様式	名称	添付資料
第2号様式	指定自立支援医療機関指定申請書	薬局開設許可証の写し
別紙11	経歴書（管理薬剤師）	管理薬剤師の薬剤師免許証の写し
別紙12	調剤のために必要な設備・施設の概要	<ul style="list-style-type: none">・薬局の見取図（レイアウト図）・身体障害者に配慮した設備構造等が確保されていることが確認できる写真・図面
その他	研修認定薬剤師証の写し ※常勤の研修認定薬剤師がないときは承諾書（別紙24）	

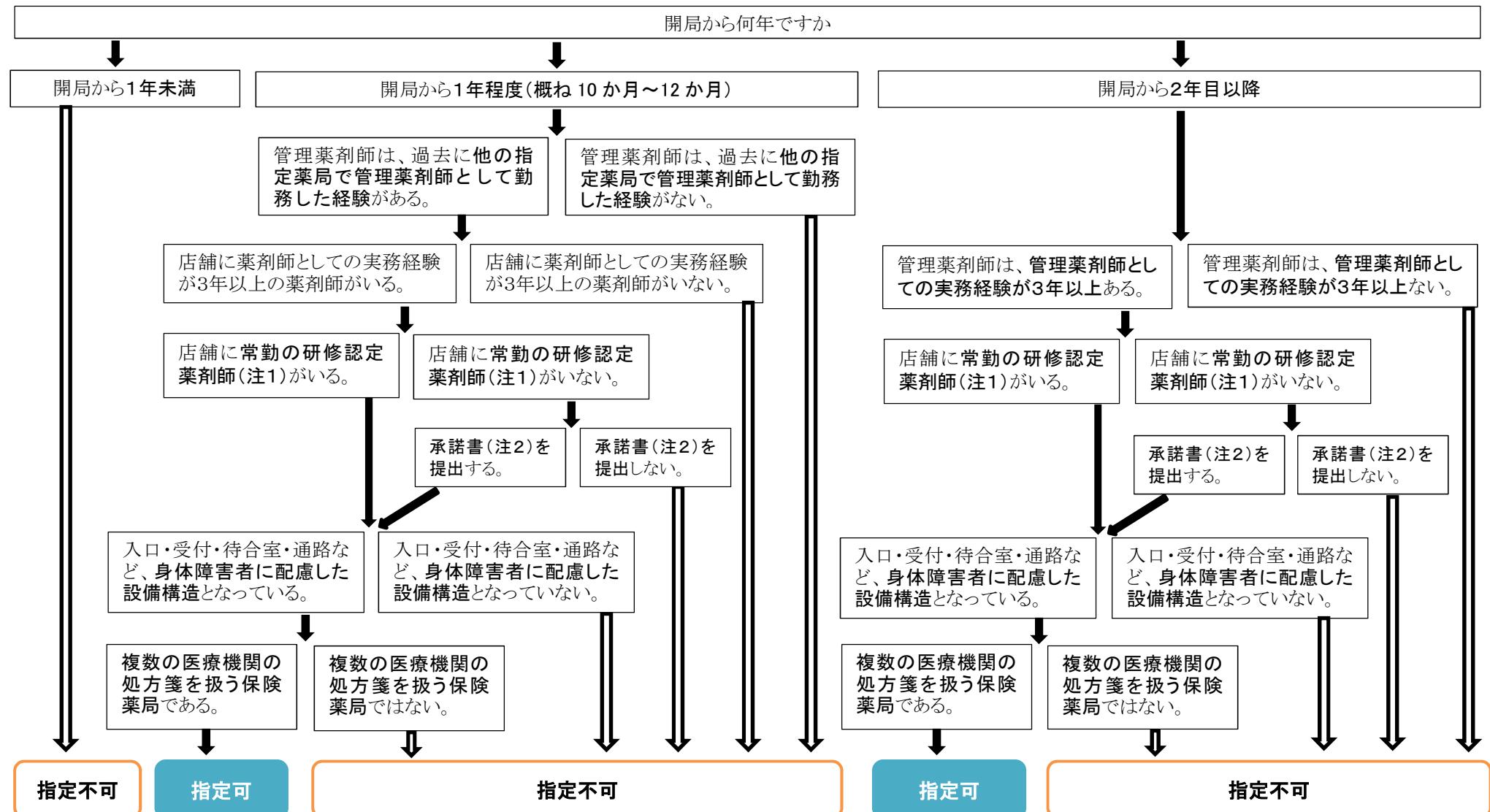
※添付資料はA4サイズとしてください。

6 誓約事項

申請書の記載のとおり、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。)の規定に基づく欠格条項に該当しないことを誓約していただきます。

なお、欠格条項は、別紙「誓約事項」を確認してください。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）薬局の新規指定基準フローチャート（令和2年2月1日現在）



誓約事項

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（以下「障害者総合支援法」という。）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。）の規定関係

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、障害者総合支援法その他の法律（児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第6号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

4 第8号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

5 第9号関係

申請者が障害者総合支援法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

8 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

9 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

別紙 2 4

※研修認定薬剤師未取得のとき

年 月 日

(あて先) 浜松市長

承諾書

指定自立支援医療機関（育成・更生医療）薬局の指定について

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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定において、又は同法律第64条の規定による指定自立支援医療機関の変更において、下記の内容について承諾します。

記

- 1 今後、管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師について最低1名は、研修認定薬剤師（原則、日本薬剤師研修センター認定）を取得することに努めます。
- 2 自立支援医療機関の更新申請時に研修認定薬剤師証（原則、日本薬剤師研修センター認定）の写しを添付します。（管理薬剤師もしくは常勤の勤務薬剤師）
- 3 上記1及び2について遵守できなかった場合は、指定自立支援医療機関（育成・更生医療）を辞退し、既に自立支援医療（育成・更生医療）を受けている患者に対しては不利益が生じないように配慮します。

医療機関名

代表者氏名