

第2号様式(第2条関係)

年 月 日

(あて先)浜松市長

住 所
(所在地)

申請者

氏 名
(名称及び代表者氏名)
(署名又は記名押印をしてください。)

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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、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項を除く。)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

保険薬局	名称	(医療機関番号)			
	所在地				
	担当者名		電話番号		
代表者 (開設者)	住所				
	氏名又は 名称		生年 月日	年 月 日	
	職名				
担当しようとする自立支援医療の種類	育成医療 ・ 更生医療				
薬剤師の氏名		略歴	別紙11のとおり		
調剤のために必要な設備及び施設の概要	別紙12のとおり				
処方せんを受けている主な医療機関 (2箇所記載)	1	名 称			割合 %
		所在地			
	2	名 称			割合 %
		所在地			