

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

申請者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

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	〒				
	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				

※申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は担当者名

電話