別紙様式１９

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書（薬局）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局 | 名称 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　-　　　℡(　　　)　　　- | | | |
| 開設者 | 住所 | 〒　　-　　　℡(　　　)　　　- | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 |  |
| 保険薬局の  指定年月日等 | | 医療機関  番　　号 |  | 指　定  期間始 | 年　　月　　日 | |
| 主として  担当する  薬剤師 | 氏名 |  | | | |
| 略歴 |  | | | |
| 調剤のために必要な設備  及び施設の変更の有無 | | 有　・　無 | | | |
| 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（育成医療・更生医療）（薬局）として指定を更新されたく申請する。  　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号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　愛知県知事殿  開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者 | | | | | |

※　育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、２箇所の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※　直近の指定申請（変更届を含む）から変更があった場合は、変更届を提出すること。