

記入例 (既存の保険薬局が新たに指定を受けようとする場合)

別記様式1-(2) 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施行細則 別記様式第7号

指定自立支援医療機関 ( 育成医療 ・ 更生医療 ) 指定 申請書

( 薬局 )

【指定希望日：令和〇年6月1日】

・遡及申請「有」の場合には、「遡及申請関係(薬局)」の記入例を参考にしてください。

( 遡及申請の有無 有 (理由: ) のため) ・ 無 )

保険薬局	名称	〇〇薬局 〇〇店			【開設日：—〇年〇月〇日】
	所在地	(〒999-9999) 〇〇市〇〇 〇-〇-〇			
開設者	住所	(〒777-7777) △△市△△ △-△-△			
	氏名又は名称	(株) □□□ 代表取締役 □□ □□			
	生年月日	□年□月□日	職名	代表取締役	
薬剤師の氏名		◇◇ ◇◇	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)		
医療機関からの処方箋受付状況			(別紙3)		
<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第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定(変更)を受けたいので、申請します。</p> <p>また、同条第3項において準用する同法第36条第3項各号(第1号から第3号まで及び第7号を除く。)のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年5月15日</p> <p>開設者 住所 〒777-7777 △△市△△ △-△-△ 氏名又は名称 (株) □□□ 代表取締役 □□ □□ (押印不要)</p> <p>栃木県知事 様</p> <p>「指定通知書」の送付希望先について記入してください。</p>					

・「指定希望日」=「開設日」以降の日付。  
・新規開設に合わせての指定を希望する場合には、「新規開設関係(薬局)」の記入例を参考にしてください。

「指定希望日」の前月20日までに、提出してください。

(問合せ先 TEL 012-345-6789 : 担当者名 ●● (別紙添書等に記載がある場合は省略可。))

<指定通知の送付先> 薬局 開設者 その他 ( )

※ 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、様式中の「(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。

(別紙1)

経 歴 書

学 位	学士	ふりがな 氏 名	••• ••• ◇◇ ◇◇	生年月日	◇年◇月◇日
現 住 所	◇◇市◇◇ ◇-◇-◇				
最 終 学 歴	◇◇大学 薬学部 卒業				
主たる職歴	◇年4月 (株) □□□ 入社 ◇年4月～◇年9月 ○○薬局 ◇◇店 勤務 ◇年10月～◇年3月 ○○薬局 △△店 勤務 ◇年4月～◇年9月 ○○薬局 △△店 勤務 (管理薬剤師) ◇年10月～◇年5月 ○○薬局 ◎◎店 勤務 (管理薬剤師) □年6月～ ○○薬局 ○○店 勤務 (管理薬剤師)				

※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。

※ 新規開設 (法人成り、事業譲渡など、遡及申請の場合を除く。) する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者 (管理薬剤師) が「過去に他の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ること」がわかるよう、記載すること。

忘れずに添付してください。

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	木造	調剤室の面積	○○. ○ m <sup>2</sup>
主たる設備	品 目	品 目	
	調剤台 自動錠剤分包機 全自動監査機	電子天秤 冷蔵庫	

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。
- 3 栃木県薬剤師会の推薦を得ている薬局については、推薦状を添付すること。

(別紙3)

医療機関からの処方箋受付状況

処方箋を受け付けたことのある医療機関の名称等	AAA病院、BBB病院、CCCクリニック、DDD内科医院、EEE診療所 ほか
------------------------	--