

処 方 せ ん 受 付 状 況 調

医療機関名	指定の有無	医療機関名	指定の有無
<p>〇〇市立〇〇病院</p> <p>医療法人〇〇 〇〇〇病院</p> <p>〇〇クリニック</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;">                     医療機関名は省略せずにご記入ください。                 </div>	<p>○</p> <p>○</p>		

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）である場合は、○をつけてください。

医療機関名には、処方せんを受け付けているか、又は受け付ける予定がある医療機関名を記入すること。（予定の場合には、医療機関名の末尾に「(予定)」と記入すること。）

指定の有無欄には、その医療機関が障害者総合支援法第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）である場合○を記入すること。

（今回その医療機関が新規に申請している場合には、「新規申請中」と記入すること。）