第１２号様式

　　指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更・更新）申請書（薬局）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 | |  |
| 薬剤師の氏名 |  | | 経歴 | | 別紙１ | |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | 別紙２ | | | |
| 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定（変更・更新）を受けたいので、上記のとおり申請します。  また、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します。  年　　月　　日  　船橋市長　あて  住所  薬局の開設者  氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名） | | | | | | |

※　指定の更新等の場合で、別紙１及び別紙２について直近の指定等又は変更の届出から変更が生じていないときは、その旨を記載することにより、別紙１及び別紙２の添付を省略することができる。