

第43号様式

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
(薬局用)

年 月 日

相模原市長 あて

申請者((*)欄と同じ住所等を記載)

住 所 _____

氏名又は名称 _____

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)としての指定(更新)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。

保 険 薬 局	ふりがな 名 称	薬局コード()		
	所 在 地	〒	電話 ()	
開 設 者(*)	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	年 月 日	職 名	
管 理 薬 剤 師 の 氏 名			調剤実務 経験年数	年 月
			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)			

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。

保険薬局の指定書の写しを添付すること(新規指定申請のみ)。

別紙1、別紙2は、それぞれ更新申請において直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がない場合のみ、添付の省略ができる。

(誓約項目)

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 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 条第 3 項各号 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く) に該当しないことを誓約すること。

1 第 4 号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第 5 号関係

申請者が、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その他の法律 (児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法) で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第 5 号の 2 関係

申請者が、労働に関する法律 (労働基準法、最低賃金法、賃金の支払いの確保等に関する法律) で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第 6 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法 (平成 5 年法律第 8 8 号) 第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に法人の役員又は医療機関の管理者 (以下「役員等」という。) であった者で、取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

5 第 8 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者 (指定の辞退について相当の理由がある者を除く。) で、申出の日から起算

して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

(第43号様式別紙1)

経 歴 書

学 位			
氏 名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
現 住 所			
最終学歴			
主たる 職 歴	期 間	勤務先名称(薬局名)	職 名 (管理薬剤師、勤務 薬剤師等)
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
		薬剤師としての通算実務年数	年 月

薬剤師免許証の写しを添付すること。

新規開局する保険薬局のみ記入

他の自立支援医療機関における管理者としての実績

指定自立医療機関名(薬局名)	所在地

(第43号様式別紙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		調剤室の面積	m ²
主たる設備	品目	品目	

- (備考)
- 1 薬局の見取図を添付すること。
 - 2 薬局内の構造がわかる写真を添付すること。(松葉杖や車椅子等を利用している方が、薬局を利用するにあたり不便がないかを確認するもの)
 - 3 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。