

様式第 4 4 号（第 5 7 条、第 5 8 条関係）

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

（提出先）

川越市長

申請者（薬局の開設者）

所 在 地

名 称

代表者氏名



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 1 項（第 6 0 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）の指定(更新)を受けたいので申請します。

保険薬局	名 称				
	所 在 地	(電話番号)			
開 設 者	住 所				
	氏名又は名称				
	生 年 月 日		職 名		
薬剤師の氏名				略 歴	別紙のとおり
医療機関コード					
調剤のために必要な設備及び施設の概要			別紙のとおり		

備考

- 1 育成医療又は更生医療のいずれかの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の字句を二重線で消してください。
- 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第 5 9 条第 3 項において準用する同法第 3 6 条第 3 項の規定に該当しない旨の誓約書を添付してください。