

指定自立支援医療機関指定申請書  
(薬局)

指 定 区 分		<input checked="" type="radio"/> 育成医療 <input type="radio"/> 更生医療	
保 険 薬 局	名 称	株式会社〇〇薬局△△店	
	所 在 地	山形市〇〇町△一△	
開 設 者	住 所	山形市△△町□一□	
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇	
薬 剤 師 の 氏 名		〇〇 〇〇	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	
<p>指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、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項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">〇〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 山形市△△町□一□ 氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>(宛先) 山形市長</p>			

備考 育成医療・更生医療のうち、指定を希望するものを○で囲むこと。