

指定自立支援医療機関指定更新申請書  
(薬局)

指 定 区 分	<input checked="" type="radio"/> 育成医療 <input checked="" 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 称 名	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	管理薬剤師の氏名
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
指定自立支援医療機関の指定の更新を受けたいので、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60条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 〇〇年 〇月 〇日 提出日を記入 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 (宛先) 山形市長		

変更有の場合  
は別紙を添付

- 備考 1 育成医療・更生医療のうち、指定の更新を希望するものを○で囲むこと。  
 2 「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、別紙を添付すること。

別紙

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	
	品 目	品 目
主たる設備		

- 備考 1 薬局の見取図を添付すること。  
 2 主たる設備の項には、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。