第２号様式

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
（薬　局）

<table>
<tr><td rowspan="4">保険薬局</td><td>ふりがな
名称</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="7">〒　　ー</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>保険医療機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">開設者</td><td>住所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>氏名又は名称</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3"></td><td>職名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">薬剤師の氏名</td><td colspan="4"></td><td>略歴</td><td colspan="2">（別紙１）</td></tr>
</table>

上記のとおり、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（平成１７年法律第１２３号）第５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので、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する。

年　　月　　日

横浜市長

開設者
住所
氏名又は名称