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）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  保険薬局 |  ふりがな 名称 |  |  |
|  所在地 | 〒　　－ |
|  電話番号 |  |
|  保険医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 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１） |
|  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 　　　　  |