

様式1-(2)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書
(薬局)

保険薬局	ふりがな 名 称	(医療機関コード)			
	所 在 地	〒 TEL			
開設者	住 所	〒 TEL			
	ふりがな 氏名又は名称				
	生 年 月 日			職名	
薬剤師の 氏名、住所、 生年月日 及び経歴 ※管理薬剤師の氏名等 をご記入ください。	ふりがな 氏 名			最終学歴	年 月 大学 学部卒
	住 所			主たる 職歴	年 月～ 年 月
	生年月日	年 月 日			別紙1 経歴書のとおり
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	主たる設備 (品目記載)		
		m ²	(薬局等構造設備規則に掲げるもの以外の設備)		
<p>上記のとおり、障害者自立支援法（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（育成医療・更生医療）として指定されたく申請します。</p> <p>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します。</p>					
<p>年 月 日 開 設 者 住 所 氏名又は名称 横 浜 市 長</p>					

- ※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。
- ※ 「薬剤師免許証の写し」を添付してください。
- ※ 「薬局の見取り図」を添付してください。
- ※ 裏面の（記入要領）をご参照ください。

(記入要領)

- 1 「保険薬局」の名称は、正式名称を記載してください。
※医療機関コードが未定の場合は空欄で提出し、決まり次第速やかに報告してください。
- 2 経歴は、薬剤師免許取得に必要な最終学歴を記入してください。
(例： 昭和△△年3月
○○○○大学 薬学部卒)
- 3 **必ず、「薬剤師免許証の写し」をご提出ください。**
- 4 **必ず、「薬局の見取り図」をご提出ください。**
(設計図面の写しやパンフレットなど既存のもので結構です。)
- 5 「調剤のために必要な設備及び施設の概要」は、
 - (1) 調剤室の構造 記入例：板張り、コンクリートなど
 - (2) 調剤室の面積 記入例：6. 6 m²
 - (3) 主たる設備は、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げられたもの以外のものがある場合にのみ、その主たるもの記載してください。特にない場合は「なし」とご記入ください。
- 6 誓約項目
別紙のとおり

(誓約項目)

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3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）に該当しないことを誓約すること。

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律（児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であつた者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

別紙1

経歴書

学 位		フリガナ 氏 名		生年月日	
現住所					
最終学歴					
期	間	主 な 職 歴			
年 月～	年 月				

※薬剤師免許証の写しを添付すること。

経歴書について

- (1) 最終学歴は「〇〇大学〇〇学科卒業」のように学科等まで記入してください。
 - (2) 薬剤師免許取得年月を必ず職歴欄に記入してください。
 - (3) できるだけ具体的な病院名、薬局名（支店名）を記入してください。
(複数の薬局を経営する会社の場合でも、「〇年〇月 ××会社△△に入社」ではなく、実際に勤務した（している）薬局名を記載してください。)
- 主な職歴には、学校薬剤師や薬剤師会の役員等の経歴がある場合は、その経歴も併せて記入してください。