様式第３号

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 | 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 保険指定機関番号 |  | | |
| 開設者 | 住所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 薬剤師の氏名 | |  | 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） | |
| 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（育成医療・更生医療）として指定を受けたいので申請します。  　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名又は名称  電話番号  宮城県知事　　　　　　　　殿 | | | | |

（備考）　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すること。