

第12号様式（第6条関係）

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	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
開 設 者	住 所	〒		
	氏名又は名称		電話番号	
	生年月日		職 名	
管 理 薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙)
保 険 医 療 機 関 コード				
<p>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）の指定を申請します。</p> <p>また、同条第3項において準用する同法第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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>岐 阜 県 知 事 様</p>				