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 |  |
| 　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。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。　　　　　　年　　月　　日開　 設　 者　　　　　　　　　　住　　　　所　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　岐　阜　県　知　事　　　　　様 |