

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書  
（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				
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無		有 ・ 無		
<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60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）の指定の更新を申請します。</p> <p>また、同法第59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;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>岐阜県知事 様</p>				

備考

- 1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
- 2 「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、（別紙）を添付すること。