第４号様式

(その2)　薬局の場合

年　　月　　日

　青森県知事　　　　　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 医療機関の名称  開設者氏名 | 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 |

指定自立支援医療機関指定申請書

　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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の指定を受けたいので、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施行規則第57条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1　薬局の名称及び所在地

2　開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称

3　調剤のために必要な設備及び施設の概要

4　担当しようとする自立支援医療の種類

（添付書類）

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項において準用する同法第36条第3項各号（同項第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書面

注　用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。