

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)

健康保険法の指定を受けている名称、所在地等の情報と合わせて下さい。		名称		〇〇薬局 (医療機関コード 76-5432)		本町2-〇〇-〇〇のような省略した住所で記入しないで下さい。	
保 険 薬 局		所在地		寝屋川市〇〇町二丁目〇〇番〇〇号 〒 572-1234 TEL 072 (000) 0000			
法人の場合の記入例 株式会社〇〇 代表取締役 大阪 太郎		名又は称等		大阪 太郎			
開 設 者		役職名：		生年月日：〇〇年〇月〇日			
		住 所		〇〇〇市△△△町三丁目2番12号 〒 540-1234 TEL 06 (0000)		法人の場合、主たる事務所の所在地を記入して下さい。	
薬 剤 師 の 氏 名		大阪 太郎		略 号			
調剤のために必要な設備及び施設の概要				(別紙2)			
<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項の規定による医療機関等（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所 〇〇〇市△△△町三丁目2番12号</p> <p>氏 名 大阪 太郎</p> <p>(あて先) 寝屋川市長</p>							
				中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。			