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 | | | | | | |