様式5

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
（薬局） 記入例

保険薬局	名　　称	○○薬局　○○店
	所 在 地	〒 679 － 5301　　TEL（ 0790 ） 11－7711 兵庫県佐用郡佐用町○○
開　設　者	住　　所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）	〒 000 － 0000　　TEL（ 078 ） 123－4567 兵庫県西宮市○○町1丁目○○番地　○○ビル
	氏　　名 （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）	株式会社　○○○ 兵庫　次郎
	生 年 月 日	○○年○月○日　　職　名　代表取締役
保険薬局の指定年月日等	医療機関コード	指定年月日　　年　月　日
主として担当する薬剤師の氏名	兵庫　花子　（別紙様式6と薬剤師免許証のコピー添付）	
主として担当する薬剤師の経歴	別紙様式6	

決まっていない場合は空白申請可。後日TEL連絡の事

医療機関コード取得日又は予定の指定年月日

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）としての指定を申請します。

なお、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを別紙様式4のとおり誓約します。

誓約書の日付と同じ

年　　月　　日

兵庫県知事　様

開 設 者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

電話、電子メールは、事務担当者のものでも可。電子メールの記載は任意

電話　（　　）　　－

電子メール　　@

備考　1 「保険薬局」の名称は、必ず正式名称を記載すること。

2 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の薬局コードを記入すること。