

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）  
の指定申請について（薬局）

■以下の様式は、**新規指定申請**を行う際に使用するものです。

申請は、ホームページ掲載書類に加え、次の関係書類を添付のうえ、県障がい福祉課へ提出してください。

■掲載書類

- ・様式1－(2)：指定申請書
- ・別紙1：経歴書
- ・別紙2：調剤のために必要な設備及び施設の概要
- ・参考資料

■関係書類

- ・薬剤師免許証の写し
- ・薬局の見取図（薬局内）
- ・薬局開設許可証の写し

■申請書類の記載の注意点等について

- ・申請書  
名称、所在地等について正確に記載してください。
- ・経歴書  
氏名欄のふりがなの記載を忘れないようにしてください。  
また、卒業年月も記載してください。
- ・管理薬剤師については、通算3年以上の調剤実務経験を要します。
- ・新規開局する保健薬局の場合、管理薬剤師が過去に他の指定自立支援医療機関において管理薬剤師としての実績があり、かつ、通算3年以上の調剤実務経験のある薬剤師を有していることを要します。
- ・新規申請の場合、場所の地図等を添付いただけましたら幸いです。
- ・申請書類一式の押印は不要です。ただし、文書を訂正される場合は、二重線で取消の上、申請御担当者様の訂正印を押印願います。

送付先 〒770-8570  
徳島市万代町1丁目1番地  
徳島県保健福祉部障がい福祉課  
電 話 088(621)2239  
ファクシミリ 088(621)2241

様式1 - (2)

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）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	〒		
開 設 者	住 所	〒		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙1)
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（平成17年法律第123号）第59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）として指定されたく申請する。</p> <p>また、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誓約する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>徳 島 県 知 事 殿</p>				

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(誓約項目)

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項で準用する同法第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)に該当しないことを誓約すること。

1 第4号関係

申請者が、禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5条の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出に係る法人(指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又はその申出に係る法人でない者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員の中に第4号から第11号までのいずれかに該当する

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

(別紙1)

## 経 歴 書

学 位		姓 名		生年月日	
現 住 所					
最終学歴					
主たる 職歴					

(別紙2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	
主たる設備	品目	品目	

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

参考資料

新規申請

薬局の名称	
郵便番号	
電話番号	
ファクシミリ番号	
開局年月日(予定)	年 月 日
管理薬剤師の調剤実務経験年数	
管理薬剤師の自立支援医療機関での管理薬剤師経験の有無(新規開局の場合)	有(医療機関名 ) 無
薬剤師の調剤実務経験年数 (新規開局の場合)	
保険薬局の指定の有無	有( 年 月) ・ 無
医療機関番号 (申請中の場合は未記入で可能)	
申請関係に関する連絡先(電話番号)	
申請関係の担当者氏名	(電話番号) (メールアドレス)
備 考	