

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

(薬局)

(保険薬局コード 00000000)

保険薬局	名称	〇〇薬局 (保険医療機関の指定を受けている正式名称で記載)		
	所在地	水戸市笠原町〇-〇-〇 (保険医療機関の指定を受けている正式名称で記載)		
開設者	住所	水戸市青柳町〇-〇-〇 (保険医療機関の指定を受けている正式名称で記載)		
	氏名又は名称	株式会社〇〇 (代表取締役 〇〇) (保険医療機関の指定を受けている正式名称で記載)		
(注1) 主として担当する 薬剤師の氏名		〇〇 〇〇	略歴	(別紙)
<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（精神通院医療）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>平成30年10月 1日</p> <p style="text-align: right;">代表印</p> <p style="text-align: right;">開設者 住所 水戸市青柳町〇-〇-〇 氏名又は名称 株式会社〇〇 (代表取締役〇〇) 印</p> <p style="text-align: center;">印</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

※ (注1) 主として担当する薬剤師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載

担当部署	( )
担当者氏名	( )
電話番号	( )
FAX	( )
電子メールアドレス	( )
※申請内容について、確認させていただく場合がありますので、ご担当者の所属及び氏名、連絡先を記入して下さい。	

(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、禁錮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号の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第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者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があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(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、その役員等のうちに第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)

## 経 歴 書 (薬剤師用)

ふりがな 氏 名	〇〇 〇〇 <b>本人の印</b>	生年月日	〇〇年〇月〇日
現住所	〒310-〇〇〇〇 水戸市笠原町〇-〇-〇		
最終学歴	〇〇大学 薬学部卒		
主たる 職歴	平成 16 年 4 月 株式会社〇〇 △△薬局勤務 平成 20 年 3 月 同 退職 調剤実務経験 4 年 <u>(いつからいつまで勤務したかを明記する)</u>  平成 20 年 4 月 株式会社▲▲ ××薬局勤務 平成 22 年 4 月 同 管理薬剤師 平成 23 年 3 月 同 退職 調剤実務経験 3 年  平成 24 年 4 月 ■■薬局〇〇店勤務  (至現在) 調剤実務経験 1 年 3 ヶ月  調剤実務経験 計 8 年 3 ヶ月		

※ 薬剤師免許証の写しを添付すること。

※ 「主たる職歴」の欄には「調剤実務経験年数」を含めて記載すること。

(精別紙 1 - 2)

## 医療機関指定における体制の概要

(薬局用)

	処方箋を受け付けている医療機関（2ヶ所以上）
体制	〇〇クリニック △△病院