第２号様式

**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 | ふりがな  名称 |  | | | | | | | |  |
| 所在地 | 〒　　－ | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 保険医療機関コード |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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） | |
| 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）として指定を受けたいので、申請します。  **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。**  　　　年　　　月　　　日  　横　浜　市　長  　開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称 | | | | | | | | | |