

様式第23号（第12条関係）

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)〔指定(変更)・指定更新〕申請書  
(薬局)

保 険 薬 局	名 称	医療機関コード								
	所 在 地	(〒 ー ) (電話番号 )								
開 設 者	住 所	(〒 ー )								
	氏名又は名称									
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) 更新の場合 変更の有無 有 ・ 無								
変 更 申 請 理 由										
<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・第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として〔指定(変更)・指定を更新〕されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>										

- ※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(変更又は指定更新)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(変更又は指定更新)を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
- ※2 変更申請の場合は、理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。
- ※3 指定更新申請の場合は、別紙1及び別紙2の提出は不要であること。  
ただし、「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、別紙2を添付すること。

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（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

福岡県知事 殿

開設者  
住所  
氏名又は名称  
(記名押印又は署名)

下記に掲げる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（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定に該当しないことを誓約します（役員含む）。

記

(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（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定関係

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。

4 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（事業の廃止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。

5 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。

6 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（事業の廃止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（当該事業の廃止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。

7 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。

8 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。

9 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 ( 薬 局 用 )

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

(添付書類) 薬剤師免許証の写し

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	
	品 目	品 目
主たる設備		

- (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。

様式第29号(第13条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届出書  
(薬局)

保険薬局	名 称			
	所 在 地	(〒 ー ) (電話番号 )		
開 設 者	住 所	(〒 ー )		
	氏名又は名称			
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)	
変 更 届 出 理 由				
<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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

※保険薬局の名称変更、薬剤師の変更等理由を明確に記載の上、変更事項のみ記載すること。  
 ※直近の指定の申請(変更届出含む。)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

様式第33号(第14条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)辞退届

種別	1.病院又は診療所	2.薬局	3.訪問看護ステーション等
医療機関コード			
名称			
辞退年月日	年	月	日
辞退理由			
<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65条の規定に基づき辞退届を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者等 住 所 氏名又は名称 (記名押印又は署名)</p> <p>福岡県知事 殿</p>			

(記入要領)

- 1 種別が分かるように番号に○をつけること。
- 2 辞退年月日は、都道府県への提出日から1ヶ月以上を経過した日であること。

(留意事項)

- 1 辞退届を提出に際し、現に診療等を行っている方がいる場合は、その方々への周知を行い、他の医療機関等への変更申請を行うように指導すること。