別記様式１－（２）　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施行細則　別記様式第７号

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　）

【指定希望日：　　　年　月　日】

（　遡及申請の有無　　有（理由：　　　　　　　　のため）　・　無　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | 【開設日：　　　年　月　日】 | | | | |
| 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） | | | |
| 医療機関からの処方箋受付状況 | | | （別紙３） | | | |
| 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（育成医療・更生医療）として指定（変更）を受けたいので、申請します。  　また、同条第３項において準用する同法第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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒 -    氏名又は名称    　　　栃木県知事　様 | | | | | | |

（問合せ先　℡　　　　　　　　　　　　：担当者名　　　　　　　（別紙添書等に記載がある場合は省略可。））

　　　　　　　　　　　　＜指定通知の送付先＞　　薬局　　開設者　　その他　（　　　　　　　　　　　　　　）

※　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。

（別紙１）

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな  氏名 |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる職歴 |  | | | | |

※　薬剤師免許証の写しを添付すること。

※　新規開設（法人成り、事業譲渡など、遡及申請の場合を除く。）する保険薬局にあっては、当該薬局における管理者（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、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があること」がわかるよう、記載すること。

（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。

　３　栃木県薬剤師会の推薦を得ている薬局については、推薦状を添付すること。

（別紙３）

医療機関からの処方箋受付状況

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋を  受け付けたことのある医療機関の名称等 |  |

|  |
| --- |
| 【指定年月日について】  ●　当月20日までに申請書類を受け付けたものについては、原則として、翌月１日付けをもって指定します。  　（例）当所：5/20申請書類受付　→　6/1付けを以て指定  【新規開設に合わせての指定について】  　●　指定希望日（＝保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定（厚生局）見込日）の前月20までに申請書類を提出してください。  　　（「保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定」を見込んで、自立支援医療機関として指定します。）  ●　「指定希望日で保険薬局又は訪問看護ステーション等の指定を受けたこと」を事後確認させていただきますので、厚生局から指定通知が交付されましたら、速やかに、FAX等により「写し」を御提出願います。  【遡及申請について】  ●　次の場合には、「保険医療機関又は保険薬局の指定」における遡及申請・指定（以下、「局指定」という。）」の取扱いに準じて、当該局指定の事実の確認を以て、当該局指定の指定期間の初日を自立支援医療機関の指定日として遡及指定することとし、遡及申請を受け付けます。  （遡及申請をする場合には、あらかじめお問い合わせくださるようお願いします。）  　・（事業譲渡等）  保険医療機関又は保険薬局の開設者が変更になった場合で、前の開設者の変更と同時に引き続いて開設され、患者が引き続き診療を受けている場合  　　・（法人成り等）  　　　　保険医療機関又は保険薬局の開設者が「個人」から「法人組織」に、又は「法人組織」から「個人」に変更になった場合で、患者が引き続き診療を受けている場合  ●　遡及申請する場合には、「厚生局に遡及申請をしたことがわかる書面（申請書の写し）」を添付して、指定希望日の前月20日までに申請書類を提出してください。  ●　指定希望日の前月20日までに申請書類を受け付けたものについては、「局指定されたこと」が確認でき次第、当該局指定の指定期間の初日付けをもって、自立支援医療機関として指定します。  　　　厚生局から保険医療機関又は保険薬局の指定通知が交付されましたら、速やかに、FAX等により「写し」を御提出願います。  　（例）6/1を指定希望日とする場合  ①　当　所：　5/20　申請書類受付（厚生局への遡及申請書の写しを添付）  ②　厚生局：　7/ 1付けで保健医療機関又は保険薬局として遡及指定  （指定の期間：6/1から6年間）  ③　当　所：　7/20頃　FAX等により②の指定通知（写し）を確認  ④　当　所：　7/31付けで遡及指定・指定通知交付（指定日：6/1） |