様式第22号の３（第27条の２関係）

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）

（保険医療機関コード　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療  機　　関 | | 名　　称 |  | | | |
| 所 在 地 |  | | | |
| 開 設 者 | | 住　　所 |  | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 |  |
| 担当しようとする自立支援医療の種類 | | | |  | | |
| 薬剤師 | 氏　　名 | |  | | 経歴等 |  |
| 生年月日 | |  | |
| 住　　所 | |  | |
| 調剤のために必要な  設備及び施設の概要 | | | |  | | |
| 上記のとおり，指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を受けたいので，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項の規定により申請します。  また，同条第３項において準用する同法第36条第３項（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）の規定及び水戸市暴力団排除条例第２条各号のいずれにも該当しないことを誓約します。  水戸市長　様  　　　　年　　月　　日  医療機関の開設者  住所（所在地）  氏名（名称及び代表者の氏名） | | | | | | |