様式　１－（２）

　**指定自立支援医療機関（更生・育成）　指定申請書**

**（薬局）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　　　称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　在　地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　℡　　　　　（　　　　　　） |
| 開　設　者 | 住　　　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　℡　　　　　（　　　　　　） |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
| 管理薬剤師の氏名 | （ふりがな） | 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） |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | （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として指定されたく申請する。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（※誓約項目）のいずれにも該当しないことを誓約する。（役員含む）　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日開　　　設　　　者住　　所（提出先）　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　大 阪 市 長  |

（※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①）

**管理薬剤師の経歴書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 | ㊞ | 　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 現住所 | 〒 |
| 最終学歴 | （　　　　　　　年　　　月卒業） |
| 薬剤師免許取得年月日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 職歴 |  |
| 他の自立支援医療機関（薬局）での管理薬剤師としての実績（直近分から記入） | 所在地 | 薬局名称 | 期間 |
|  |  | 　　　　年　　月～　　　　　年　　月　　　　年　　月～　　　　　年　　月　　　　年　　月～　　　　　年　　月　　　　年　　月～　　　　　年　　月 |

※薬剤師免許証の写しを添付して下さい。

（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 |  |
|  | 品目または品名 | 台　数　等 |
| 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年厚生省第２号）に

 　　　　　　　　　　掲げる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。

（別紙③）

**役員の氏名、生年月日及び住所**

**申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）　　　　　　氏　　名 | 生年月日 | 住　　　　　所 |
| 役　　職 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |

※法人の役員及び医療機関の管理者を記入すること。申請者が法人でない場合は医療機関の管理者を記入すること。