第１０号様式（第３条関係）

年　　　　月　　　　日

　　　甲府市長　様

　　　　　　　　　　〒

　　　　　　 住　　　　所

開設者　　 氏名又は名称 　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ　 Ｅ Ｌ

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）

　 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）として指定されたく申請します。

　　　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します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保 険 薬 局 | 名　　　　称 |  | | | | |
| 所 　在 　地 | 〒　　　　　　　　　　　TEL | | | | |
| 開設者 | 住　　　　所 |  | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | |
| 生　年　月　日 |  | 職　　　名 | |  | |
| 薬剤師の氏名 | |  | | 経歴 | | 別紙１ |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | | 別紙２ | | |
|  |

　　※健康保険法による保険医療機関指定通知書と薬剤師免許証の写しを添付すること。

（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項各号で準用する同法第３６条第３項（第１号から第３号まで及び第７号を除く）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。

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）

経　　　　　歴　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学　　　位 |  | ふりがな  氏　　名 | 印 | 生年月日 |  |
| 現 住 所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる職歴 |  | | | | |

（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」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

　　　　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）

障害者に配慮した設備・構造等の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通　路（入り口） | 待 　　合 　　室 | そ　　　の　　　他 |
|  |  |  |

（備考）１　各区分ごとに、障害者に配慮している箇所を具体的に記載すること。

２　調剤室、待合室、通路（入り口）等の薬局の写真を添付すること。

（別紙４）

処方せんを受け付けている医療機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 名 | 医 療 機 関 名 | 医 療 機 関 名 |
|  |  |  |

（備考）１　処方せんを受け付けている主な医療機関名を２箇所以上記載すること。