

**指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定申請等の手続について
（薬局）**

1 申請書類提出場所（郵送可）

〒400-8585 甲府市丸の内一丁目18番1号

甲府市 福祉部 障がい福祉課（TEL 055-237-5642）

2 新規申請手続

■提出書類（各1部）

- （1） 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）
第10号様式
- （2） 薬剤師の経歴書（別紙1）
- （3） 調剤のために必要な設備施設の概要（別紙2）
- （4） 障害者に配慮した設備・構造等の概要（別紙3）
- （5） 処方せんを受け付けている医療機関名（別紙4）
- （6） 薬剤師免許証の写し
- （7） 健康保険法による保険医療機関指定通知書の写し
- （8） 薬局の平面図、写真（調剤室、入口、待合室、通路等）
- （9） その他必要と認める書類

■事務処理期間

申請書類を受理後、審査した上で指定します。審査に時間がかかりますので、毎月15日（15日が休日の場合その前日）までに申請書類を提出してください。

指定年月日は書類提出日の翌月初日を原則とします。

書類に不備や、疑義がある場合、決定が遅れることがあります。

■指定期間

指定期間は、指定日より6年間です。

3 更新手続

指定については、6年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によってその効力を失います（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60条第1項）。更新を希望する場合は、指定期間最終日の月の15日（15日が休日の場合

その前日)までに更新の申請を行ってください。

■提出書類(各1部)

- (1) 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定更新申請書(薬局)
第18号様式
- (2) その他必要と認める書類

4 変更手続等

■指定自立支援医療機関の変更

ア 次に掲げる事項に変更があった場合には、第1号様式により届け出ること。

- ・薬局の名称及び所在地
- ・開設者の住所及び氏名または名称
- ・保険薬局である旨
- ・調剤のために必要な設備及び施設の概要
- ・担当しようとする自立支援医療の種類
- ・薬剤師の変更

イ 薬剤師の変更については、第1号様式とともに、次の書類を添付すること。

- ・薬剤師の経歴書 第10号様式 (別紙1)
- ・薬剤師免許証の写し

■指定自立支援医療機関の休止・廃止・再開

次に掲げる事項が生じた場合には、第14号様式により届け出ること。

- ・指定自立支援医療機関の業務を休止、廃止、又は再開したとき。
- ・関係法令による処分を受けたとき。

■指定自立支援医療機関の辞退

指定自立支援医療機関の指定を辞退するときには、第15号様式により届け出ること。