

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 薬 局	名 称			
	所 在 地			
	保険指定機関番号			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
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)	
<p>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（平成17年法律第123号）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）として指定を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号</p> <p>宮城県知事 殿</p>				

(備考) 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。