様式第４号

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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） |
| 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（精神通院医療）として指定を受けたいので申請します。  　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名又は名称  電話番号  宮城県知事　　　　　　　　殿 | | | | |

（別紙１）

経　　歴　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　位 |  |  |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | |
| 最終学歴 |  | | | | |
| 主たる  職　歴 |  | | | | |

（備考）１　管理者（管理薬剤師）として勤務した経歴がわかるように記載すること。

２　薬剤師免許証の写しを添付すること。

（別紙２）

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項の規定により

準用する第３６条第３項各号の規定に該当しない旨の宣誓書

　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　　殿

開設者

住　　　　所

氏名又は名称

私　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は，下記に掲げる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項の規定により準用する第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。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

|  |
| --- |
| 【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項の規定により準用する第３６条第３項各号の規定】（一部要約）  １　申請者が，禁固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るまでの者であるとき。  ２　申請者が，この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の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るまでの者であるとき。  　　　（※）児童福祉法，身体障害者福祉法，社会福祉法，老人福祉法，社会福祉士及び介護福祉士法，介護保険法，精神保健福祉法など  ３　申請者が，第６８条第１項の規定により指定を取り消され，その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては，当該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日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み，当該指定を取り消された者が法人でない場合においては，当該通知があった日前６０日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。  ４　申請者が，第６８条第１項の規定による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があった日から当該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施行令第４０条の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で，当該申出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。  ５　前号に規定する期間内に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施行令第４０条の規定による指定の辞退の申出があった場合において，申請者が，同号の通知の日前６０日以内に当該申出に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該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，当該申出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。  ６　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者であるとき。  ７　申請者が，法人で，その役員等のうち１から６までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。  ８　申請者が，法人でない者で，その管理者が１から６までのいずれかに該当する者であるとき。 |