様式第１１号－（４）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書

（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 | |  |
| 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６０条第１項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新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。  　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名又は名称  電話番号  宮城県知事　　　　　　　　殿 | | |