

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）

正式名称をご記入
ください。

郵便番号と電話番号
の記入を忘れずに！

保険薬局	名 称	リハビリテーション薬局		
	所 在 地	〒981-1217 宮城県名取市美田園二丁目1-4 電話 022-784-3589		
	保 険 指 定 機 関 番 号	1234567		
開 設 者	住 所	宮城県仙台市青葉区本町三丁目8-1		
	氏 名 又 は 名 称	株式会社 リハビリ 代表取締役 ○○ ○○		
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）	
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。 年 月 日 申請日をご記入 ください。 開 設 者 住 所 宮城県仙台市青葉区本町三丁目8-1 氏 名 又 は 名 称 株式会社 リハビリ 代表取締役 ○○ ○○ 宮城県知事 殿				

※ 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2箇所の（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療区分を二重線等で消去ください。

※ 「保健医療機関の名称」は、正式名称をご記入ください。

※ 郵便番号、電話番号も必ずご記載ください。