

記載例

様式第3号

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）

指定を希望しない医療がある場合、該当する医療区分を二重線で消去ください。

正式名称をご記入ください。

保 険 薬 局	名 称	医療法人更生会 リハビリテーション病院		
	所 在 地	〒981-1217 宮城県名取市美田園2-1-4 電話 022-784-3589		
	保険指定機関番号	1234567		
開 設 者	住 所	医療法人更生会 リハビリテーション病院		
	氏名又は名称	医療法人更生会 理事長 ○○ ○○		
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 宮城県名取市美田園2-1-4 氏名又は名称 医療法人更生会 リハビリテーション病院 電 話 番 号 022-784-3589		
宮城県知事		殿		

郵便番号と電話番号の記入を忘れずに！

- ※ 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。