様式第14号（規格Ａ４）（第13条関係）

（その２）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）更新申請書

（薬局）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 | （薬局コード　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所在地 | 〒　　　－  （電話番号　　　－　　　－　　　　）  （E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 開設者 | 住所 | 〒　　　－ | | |
| 氏名又は名称 |  | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 薬剤師の氏名 | |  | | |
| 上記のとおり、障害者総合支援法第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）として更新されたく申請します。  　また、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第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　　　　－　　　－　　　　）  　　群馬県知事　あて | | | | |