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 |