

様式第 15 号（第 2 条関係）

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造			調剤室の面積	m ²	
	品目	数量	品目	数量	
主たる設備					

- （備考） 1 薬局の平面図を添付してください。
- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和 36 年厚生省令第 2 号）に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主なるものを記載してください。

様式第 2 2 号（第 5 条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書（薬局）

薬局	名称			
	所在地			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
	生年月日		職名	
保険薬局の 指定年月日等	医療機関 番 号		指 定 年月日	年 月 日
主として 担当する 薬剤師	氏名			
	略歴			
調剤のために必要な設備及び施設の概要の変更の有無				有 ・ 無
障がい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第 6 0 条第 1 項の規定により 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新したいので申請します。 また、同法第 5 9 条第 3 項で準用する同法第 3 6 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 所在地 名称 豊田市長 様				

※ 育成医療又は更生医療単独で指定の更新を希望する場合は、2 箇所の「（育成医療・更生医療）」の
うち、指定の更新を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※ 「調剤のために必要な設備及び施設の概要の変更の有無」に変更の場合は様式第 1 5 号を添付するこ
と。

※ 直近の指定申請（変更届を含む）から変更があった場合は、変更届を提出すること。

別表 1

指定自立支援医療機関の指定に関する申請書類一式

		様 式																									添付書類		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
医療機関	新規申請	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	医療の種類の変更又は追加	○	○	○	○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5																①②③	
	変更	主として担当する医師		○		○	注1	注2	注3	注4	注4	注5	注5							○									①②
		設備・体制			○															○									③
		その他																		○									
	更新			注6																			○						③(注6)
薬局	新規申請													○	○	○												④⑤⑥	
	変更	薬剤師													○					○									④
		設備・施設														○				○									⑤
		その他																		○									
	更新															注7							○					⑤(注7) ⑥	
訪問看護	新規申請																○	○										⑦	
	変更																	注8			○								
	更新																	注8						○					
辞退																									○				
休止・廃止・再開																										○			

注1 腎臓に関する医療のみ 注2 小腸に関する医療のみ 注3 歯科矯正に関する医療のみ 注4 心臓移植に関する医療のみ 注5 肝臓移植に関する医療のみ

注6 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注7 調剤ために必要な設備及び体制の概要に変更がある場合 注8 職員の定数に変更がある場合

添付書類

- ①主として担当する医師の医師免許の写し
- ②関係学会加入の証明（認定医証等の写し）
- ③設備を示す平面図
- ④主として担当する薬剤師の薬剤師免許の写し
- ⑤構造設備概要仕様書及び見取図
- ⑥薬局開設許可書の写し
- ⑦指定訪問介護事業者等の指定通知書の写し