様式第8号の2(その2)(第9条の2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)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | |
| 氏名または名称 |  | | | |
| 生年月日 |  | 職名 |  | |
| 薬剤師の氏名 | |  | | | |
| 調剤のために必要な設備および施設の変更の有無 | | | | | 有・無 |
| 役員の氏名、生年月日および住所の変更の有無 | | | | | 有・無 |
| 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第60条第1項に規定する指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の指定の更新を受けたいので、上記のとおり申請します。  　　また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号までおよび第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  申請者  所在地  名称  代表者氏名  　福井県知事　様 | | | | | |

備考

　1　育成医療または更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定の更新を希望しない自立支援医療の部分を二重線で消去してください。

　2　「調剤のために必要な設備および施設の変更の有無」、「役員の氏名、生年月日および住所の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出を含む。)から変更があった場合は、それぞれ付表2―1、付表2―2を添付してください。

　3　「保険薬局」の名称は、正式名称を記入してください。

(誓約項目)

　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第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号までおよび第7号を除く。)の規定関係

1　第4号関係

　　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2　第5号関係

　　申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3　第5号の2関係

　　申請者が、労働基準法、最低賃金法および賃金の支払の確保等に関する法律で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4　第6号関係

　　申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

　(1)指定を取り消された者が法人である場合

　　　取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員または医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

　(2)指定を取り消された者が法人でない場合

　　　取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5　第8号関係

　　申請者が、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の規定による指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日または処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6　第9号関係

　　申請者が、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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7　第10号関係

　　第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等またはその申出に係る法人でない者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8　第11号関係

　　申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正または著しく不当な行為をした。

9　第12号関係

　　申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号まで(第7号を除く。)のいずれかに該当する。

10　第13号関係

　　申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号まで(第7号を除く。)のいずれかに該当する。

(付表2―1)

調剤のために必要な設備および施設の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造 |  | 調剤室の面積 | |  |
| 主たる設備 | 品目 | | 品目 | |
|  | |  | |

備考

　1　薬局の見取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に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記入してください。

(付表2―2)

役員の氏名、生年月日および住所

申請者(法人)名(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | 役職 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |