育成医療・更生医療　　確　認　書（薬局）

申請用

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名 | ふりがな) |
|  |
| 保険薬局　所在地（指定後、公開します） | 〒 |
| 保険薬局TEL（指定後、公開します） |  |
| 管理薬剤師 |  |
| 保険薬局コード | ※地区２桁＋機関５桁＝７桁 |
| 提出書類の担当者 |  |
| 〃　の連絡先TEL |  |

指定通知書は、店舗へお送りします。ご了承いただきますようお願いします。

神戸市福祉局障害者支援課（TEL 078-322-6733）

様式１－（２）

**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）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 開設年月 |  |
| 開　設　者 | 住　　　所 |  |
| 名称又は氏名 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 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）として指定されたく申請する。　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する。令和　　年　　月　　日開　設　者　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　氏　　　名　神　戸　市　長　　宛 |

* 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は，様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち，指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
* 「薬剤師の氏名」欄は、管理薬剤師氏名を記載して下さい。

（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項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く）に該当しないことを誓約すること。

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、又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、薬事法、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、又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、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、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、その執行が終わり、又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又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り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又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。）の役員等又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又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号までのいずれかに該当する。

 [別紙１]

|  |
| --- |
| **薬剤師の経歴書** |
| ふりがな氏　　　名 |  | 生年月日 | 　 |
| 現 住 所 |  |
| 学　　　位 |  | 最終学歴 |  |
| 年　月　 | 調　剤　業　務　に　従　事　し　た　主　た　る　職　歴 |
| 勤務先（○○薬局△△店のように店舗名まで記載してください） | 職名（管理薬剤師等） |
| 年　　　月 |  | 　 |
| ～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |
| 　　　年　　　月　　 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |

（備考）薬剤師免許証の写し（A４版）を添付すること。

 ※　新規開局の場合、過去に管理者（管理薬剤師）として勤務した指定自立支援医療機関について、次の欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　年　　月 | 指定自立支援医療機関名 | 住所 |
| 年　　　月 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |
| 年　　　月 |  |  |
| 　～ |
| 年　　　月 |

[別紙２]

**調剤のために必要な設備及び施設の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調剤室の構造（構造素材） |  | 調剤室の面積 |  |
| 主たる設備（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，その主たるものを記載する） | 品　　　　　目 | 品　　　　　目 |
|  |  |
| 待合室の面積 |  |  |
| 出入口の状況 | 段差 | 有　・　無 | ドア仕様 | 自動・手動 |
| ※段差有／ドア手動の場合，障害者等への配慮 |
| その他特別に配慮していることがあれば |  |
| 昨年１年間の処方箋受付枚数 | 枚 | [主な医療機関]（要：複数） |

（備考）１．薬局の見取図(A４版)を添付すること。（待合室の様子がよくわかるもの）

　　　　２．新規開設等で1年間の実績がない場合の処方箋受付枚数は，直近1か月の枚数を記載する。