

様式第17号の2(第17条関係)

(その2)

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			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
薬剤師の氏名				
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無		有 ・ 無		
<p>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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定を更新されるよう申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項(同項第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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>(宛先)富山市長</p>				

(注) 育成医療又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医療部分を二重線で消去してください。