

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書
(薬局)

保険薬局	名称	●●薬局 伊川谷店									
	所在地	〒 123-4567 TEL(078)●●●-●●●● 神戸市西区●●町●丁目●番●号									
開設者	住所	〒 012-3456 TEL(078)○○○-○○○○ 神戸市中央区○○町○丁目○番○号									
	氏名・役職・法人等名称	氏名 神戸 太郎 役職 代表取締役 (生年月日 昭和××年×月×日) 名称 株式会社●●									
保険薬局の指定年月日等		医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7	指定年月日	平成 28 年 4 月 1 日
主として担当する薬剤師の氏名		神戸 花子									
上記のとおり、障害者の日常生活お		直近の届出から変更がないかご確認ください									
定に基づき指定自立支援医療機関(精		条第1項の規									
開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名		令第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									
開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。		令和4年 ○月 ○日									
開設者		住所 神戸市中央区○○町○丁目○番○号									
		氏名又は名称 株式会社●● 代表取締役 神戸 太郎									

保険医療機関としての
当初指定日

開設者が法人の場合は法人所在地・法人名称・代表者の職名および氏名
開設者が個人の場合は個人の住所・氏名を記入してください。

- 備考 1 「保険薬局」の名称は、必ず正式名称を記載すること。
2 「医療機関コード」は、診療報酬請求時の7桁の薬局コードを記入すること。
3 次の項目において、既に指定を受けている(変更届を提出している)内容に変更がある場合は、併せて変更届(様式第9号)の提出が必要です。
①薬局名称・所在地 ②開設者氏名(名称)・所在地
③主として担当する薬剤師氏名(経歴書の添付(様式第4号)が必要)