

様式第 1 号の 2（用紙 日本工業規格 A 4 縦型）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
(薬局)

保 険 薬 局	医 療 機 関 コー ド			
	ふ り が な 名 称			
	所 在 地	(-)		
	電 話 番 号			
開 設 者	住 所	(-)		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
管 理 薬 剤 師 の 氏 名			経 歴	(別紙 1)
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（精神通院医療）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。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称 浜松市長				

- ※ 新規開局の場合、他の指定自立支援医療機関で管理薬剤師としての勤務経験を有する薬剤師を配置すること。
- ※ 管理薬剤師の調剤実務経験が 3 年に満たない場合は、3 年以上の調剤実務経験を有する薬剤師を別途配置すること。

(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を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。

様式第 1 号の 2
(別紙 1)

経 歴 書

学位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
最 終 学 歴					
期 間 年 月～ 年 月		職 歴			

※ 管理薬剤師の調剤実務経験が 3 年を満たない場合は、3 年以上調剤実務経験を有する薬剤師の経歴書も添付すること。

【新規開局の場合】

過去に管理薬剤師として勤務した指定自立支援医療機関の経歴を具体的に記載してください。

期 間 年 月～ 年 月	指定自立支援 医療機関名	医療機関所在地