

様式第 10 号（その 3）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更・更新）申請書（薬局の場合）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <p>指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（<del>変更・更新</del>）申請書</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇月〇日</p> <p>愛媛県知事 中村 時広 様</p> <p style="text-align: center;">住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）<br/>         開設者 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇<br/>         氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）<br/>         株式会社〇〇 代表取締役 愛媛 太郎</p> |         |                    |
| 保 険 薬 局                                                                                                                                                                                                                                                                              | 名 称     | 〇〇薬局               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 所 在 地   | 〇〇郡〇〇町〇〇丁目〇〇番地     |
| 開 設 者                                                                                                                                                                                                                                                                                | 住 所     | 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 氏名又は名称  | 株式会社〇〇 代表取締役 愛媛 太郎 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 生 年 月 日 | 昭和〇年〇月〇日           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 職 名     | 代表取締役              |
| 主として担当する薬剤師の氏名                                                                                                                                                                                                                                                                       |         | 愛媛 花子              |

注 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。

2 不要の文字は、抹消すること。

3 保険薬局の「名称」の欄は、正式の名称を記載すること。

4 次に掲げる書類を添付すること。

(1) 保険薬局である旨を証する書類

(2) 主として担当する薬剤師の経歴を記載した書類

(3) 調剤のために必要な設備及び施設の概要を記載した書類

(4) 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 3 項において準用する同法第 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書類

(別紙10)

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号まで及び第7号を除く）の  
規定に該当しない旨の誓約書

令和〇〇年△△月□□日

愛媛県知事様

開設者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  
（事業者） 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇  
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 愛媛 太郎

下記に掲げる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）の規定に  
該当しないことを誓約します（役員含む）。

記

【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（以下「障害者総合支  
援法」という。）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、障害者総合支援法その他の法律（児童福祉法、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、生活保護法、介護保険法、障害者虐待の防止  
、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、医師法、歯科医師法、保健師助産師  
看護師法、医療法、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、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、難病の患者に対する医  
療等に関する法律）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、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、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。

（裏面へ続く）

4 第6号関係

申請者が、障害者総合支援法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、障害者総合支援法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

申請者が障害者総合支援法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（事業の廃止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（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 1)

経 歴 書

|            |                                                                                                           |             |                  |      |          |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|------|----------|
| 学 位        | 学士                                                                                                        | ふりがな<br>氏 名 | えひめ はなこ<br>愛媛 花子 | 生年月日 | 昭和○年○月○日 |
| 現 住 所      | ××市××町×丁目××番地                                                                                             |             |                  |      |          |
| 最終学歴       | △△大学薬学部薬学科 (平成○年 3 月卒業)                                                                                   |             |                  |      |          |
| 主たる<br>職 歴 | <p>平成○○年○月 □□薬局（薬剤師）入社</p> <p>平成○○年○月 同上 退社</p> <p>平成○○年○月 株式会社○○（管理薬剤師）入社</p> <p>○○薬局勤務</p> <p>現在に至る</p> |             |                  |      |          |

(別紙 1 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 | 鉄骨鉄筋 1 階建                          | 調剤室の面積 | 〇〇.〇㎡ |
| 主たる設備  | 品 目                                | 品 目    |       |
|        | ・ 自動分割分包機<br>・ 天秤<br>・ レセプトコンピューター |        |       |

(備考) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和36年厚生省令第2号）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載すること。