

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	〇〇薬局〇〇店 (医療機関コード 12-3, 456, 7)		
	所 在 地	〒590-0078 堺市堺区南瓦町〇番〇号 電話番号 072 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
開 設 者	住 所	〒590-0076 堺市堺区北瓦町〇番〇号 電話番号 072 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	氏名又は 名 称	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇		
		個人 ・ <b>法人</b>		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職 名	例) 代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名	〇〇 〇〇	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)	
<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。</p> <p>令和 〇〇 年 〇 月 〇 日                  開 設 者                  住 所 堺市堺区南瓦町〇番〇号                  氏名又は名称 株式会社〇〇〇〇                  代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>堺 市 長 殿</p>				

開設者が法人の場合は法人住所・名称・代表者の役職・氏名。個人の場合は、個人の住所・氏名。

注意

- 1 育成医療又は更生医療の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。
- 2 次に掲げる書類を添付すること。
  - (1) 経歴書
  - (2) 欠格条項に該当しないことを誓約する書面
  - (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) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める書類

(別紙1)

# 経 歴 書

ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日
現住所	<p>(別紙1)「経歴書」の記載要領を 参考にしてください</p>		
最終			
1. 職 年			

## 新規開局する保険薬局のみ記入

### 2. 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績

指定自立支援医療機関名(薬局名)	所在地

※ 薬剤師免許証(写)を添付すること。(A4サイズ)

# (別紙1)「経歴書」の記載要領

## 1. 職歴

- ・大学卒業後から現在に至るまでを詳細に記載してください。  
(薬局の名称及び職名を記載してください。)

## 2. 「他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績」 (新規開局する保険薬局のみ記入)

- ・管理薬剤師として過去に他の指定自立支援医療機関で勤務した薬局の名称及び所在地を記載してください。

※ 薬剤師免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)

# 調剤のために必要な設備及び体制の概要

調剤に必要な設備器具 (個数記入のこと)		薬局の構造	別紙平面図のとおり
1.	液量器 (20cc 及び 200cc のもの)	個	調剤室の面積 <span style="float: right;">m<sup>2</sup></span>
2.	(別紙2)「調剤のために必要な設備及び体制の概要」の 記載要領を参考にしてください		
3.			
4.			
5.			
6.			
6.	乳鉢 (散剤用のもの) 及び乳棒	各 個	<b>新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入</b>  処方せんを受け付けている医療機関名 (複数)
7.	はかり (感量 10mg のもの及び感量 100mg のもの)	各 個	
8.	ビーカー	個	
9.	ふるい器	組	
10.	へら (金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本	
11.	メスピペット及びピペット台	本 台	
12.	メスフラスコ及びメスシリンダー	各 個	
13.	薬匙 (金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)	各 本	
14.	ロート及びロート台	個 台	
15.	調剤に必要な書籍		

## (別紙2)「調剤のために必要な設備及び体制の概要」の記載要領

### ○「薬局の構造」

- ・薬局の平面図を添付してください。(A4サイズ)  
(調剤室、待合室、出入口、通路、スロープ等の寸法が記入されたもの。)

### ○「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)に掲げられる設備以外のものがある場合のみ、その主たるものを記載してください。

### ○「身体障害者に配慮した設備構造等」

- ・バリアフリーの構造が望ましいが、その構造になっていない場合は、他に身体障害者に配慮している事項を記載してください。

### ○「処方せんを受け付けている医療機関名」(新規開局の保険薬局以外の薬局のみ記入)

- ・処方せんを受け付けている医療機関名(複数)を記載してください。  
(複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であること。)

### ○「薬局の構造が確認できる写真」

「通路、待合室など、身体障害者に配慮した設備構造が確保されていること」が要件となっていることから、薬局内における患者の動線部分が確認できる写真を添付してください。

(松葉杖や車椅子等を使用している患者が薬局の利用にあたり、不便を来たす恐れがないかどうかを確認するため)

※、下記の撮影方向の例示を参考に、薬局内の構造が確認できるものにしてください。

#### 【撮影方向の例示】

