指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届について

（薬局）

次の事項に変更があったときは，変更のあった事項及び変更年月日について速やかに次の書類を提出してください。

　**変更事項**

1. 薬局の名称及び所在地
2. 開設者の住所，氏名，生年月日及び職名又は名称
3. 保険薬局（健康保険法第63条第３項第１号に規定する保険薬局）である旨
4. 管理薬剤師の氏名及び経歴
5. 調剤のために必要な設備及び施設の概要
6. その他必要な事項

　**提出書類**

（１）様式第35号　　【指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書】

※ ②の変更（住所のみの変更を除く）の場合は，本人による署名又は記名押印が必要です。その他の変更については押印不要です。

（２）添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項の番号 | 添付書類 |
| ① | **・名称及び所在地の変更において以下の指定通知書等に変更があった場合**保険薬局指定通知書の写し**・所在地変更の場合（上記に加えて）**　別紙２【調剤のために必要な設備及び施設の概要】　薬局の見取り図 |
| ②，③ | **・②，③の変更において以下の指定通知書等に変更があった場合**保険薬局指定通知書の写し |
| ④ | ・別紙１【経歴書】・薬剤師免許証の写し・保険薬剤師登録票の写し |
| ⑤ | ・別紙２【調剤のために必要な設備及び施設の概要】・薬局の見取り図 |

注１　管理薬剤師については，指定自立支援医療機関指定要領（上記精神保健福祉課長通知別紙１）により「**十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること**」が必要とされており，高知市ではこれを**２年以上の調剤実務経験**として取り扱っています。このため，管理薬剤師の変更の際には，必ず調剤実務経験がわかる経歴書を添えて届出をしてください。

２　変更事項によっては，上記の添付書類一覧以外にも書類が必要な場合がございます。

３　上記内容に関する不明点や上記以外の事項に変更が生じた場合は，障がい福祉課までご相談ください。

**（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35号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者　　 　　　　　　　　　　　（※）

　　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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため，次のとおり届け出ます。

　　また，変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合は，同法第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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

（※）　変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合において，本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者又は代表者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 変更の理由又は概要 |  |

注１ 届出者の「代表者」については，指定訪問看護事業者，指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の場合に記入してください。

２　薬局における管理薬剤師の変更については，「変更前」欄に変更前の管理薬剤師の氏名，保険薬剤師登録票の「記号及び番号」と「登録年月日」を記載してください。

３　変更事項に係る添付書類（経歴書等）が必要となります。

様式第35号**【記載例】**

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

　　**令和○**年**○**月**○**日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住所又は所在地　**高知市本町５丁目１－４５**

**指定を受けていない医療は，二重線を引く**

氏名又は名称　**株式会社　○○**

代表者　**代表取締役　高知　太郎**（※）

**開設者の変更（住所のみの変更を除く）で，開設者（個人・法人代表者）本人による署名の場合，押印は不要です。**

**※本人署名でない場合は押印が必要です。**

**その他の変更の場合は，署名及び押印は不要です。**

　　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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため，次のとおり届け出ます。

**変更理由を必ず記入**

　　また，変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合は，同法第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。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

　（※）　変更の内容が開設者の変更（住所のみの変更を除く。）に係るものである場合において，本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定自立支援医療機関 | 名称 | **○○薬局** |
| 所在地 | **高知市本町５丁目１－４５** |
| 開設者又は代表者 | 住所 | **高知市本町５丁目１－４５** |
| 氏名又は名称 | **株式会社　○○　代表取締役　高知　太郎** |
| 生年月日 | **昭和○年○月○日** | 職名 | **代表取締役** |
| 変更内容 | 事項**生年月日及び職名も必ず記入** | 変更前 | 変更後 |
| **・薬局の名称及び所在地****・管理薬剤師** | **△△薬局****高知市本町○丁目△－□****高知　花子****高薬0000****平成○年○月○日** | **○○薬局****高知市本町５丁目１－４５****土佐　花美** |
| 変更年月日 | **令和○**年**○**月**○**日 |
| 変更の理由又は概要 | **人事異動及び移転により** |

注１ 届出者の「代表者」については，指定訪問看護事業者，指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の場合に記入してください。

**管理薬剤師変更の際は変更内容欄にこちらの記載を忘れずに**

２　薬局における管理薬剤師の変更については，「変更前」欄に変更前の管理薬剤師の氏名，保険薬剤師登録票の「記号及び番号」と「登録年月日」を記載してください。

３　変更事項に係る添付書類（経歴書等）が必要となります。

（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 | 大学・大学院　　　　年　　月　卒業・修了 |
| 主たる職歴 |  |

（別紙１）

**経　　　歴　　　書**

**ふりがなを忘れずに**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 | **薬学士** | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | **平成○年○月○日** |
| 現住所 | **高知市本町○丁目△－□** |
| 最終学歴 | **○○**大学・大学院　　**平成○**年**○**月　卒業・修了 |
| 主たる職歴 | **平成○年○月　○○薬局勤務　　　調剤業務に従事****平成○年○月　△△薬局勤務　　　調剤業務に従事****調剤実務経験が分かるように記載してください。****※調剤実務経験が２年以上必要です。****平成○年○月　□□薬局勤務（管理薬剤師）　　調剤業務に従事** |

（別紙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 |  | 調剤室の面積 |  |
| 主たる設備 | 品目 | 数量 | 品目 | 数量 |
|  |  |  |  |

注１　薬局の見取図を添付すること。

　２　「主たる設備」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のみ，その主たるものを記載すること。