指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請（薬局）について

　申請には次の（１）～（４）の書類を提出してください。

（１）様式第30号　　【指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書】

（２）別紙１　　　　【経歴書】

（３）別紙２　　　　【調剤のために必要な設備及び施設の概要】

（４）添付書類

○ 薬剤師免許証の写し

○ 保険薬剤師登録票の写し

原本証明をしたもの（Ａ４サイズ）

○ 保険薬局指定通知書の写し

○ 薬局の見取り図

なお，薬局の指定に当たっては，

● 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程(平成18年２月29日厚生労働省告示第65号)に基づき，懇切丁寧な自立支援医療が行える薬局であること。

● 患者やその家族の要望に応えて，各種医療・福祉制度の紹介や説明，カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。

● 複数の医療機関からの処方箋を受け付けている保険薬局であり，かつ**２年以上の調剤実務経験のある管理薬剤師**を有していること（※）。

※ 薬局の新規開局と同時（開局から１か月以内）の指定を希望する場合は，当該薬局における管理薬剤師が**①他の自立支援医療機関で管理薬剤師の経験を有しており**，かつ**②２年以上の調剤実務経験のある薬剤師**を有していること（①に該当する管理薬剤師及び②に該当する薬剤師が必要）。

● 通路，待合室など，身体障害者に配慮した設備構造等確保されていること。

等が要件となります。

注　　毎年，２月・６月・10月末日がそれぞれ提出の〆切となりますので，期限厳守で提出をお願いします。

**（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30号

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 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 開設者 | 住所 |  | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 | |  | |
| 薬剤師の氏名 | |  | | | 薬剤師の経歴 | | 別紙１のとおり |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | 別紙２のとおり | | | | |
| 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）として指定を受けたいので申請します。  また，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。  　　　　　年　　月　　日  （開設者）  住　　　　所  氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　（※）  （※）　本人が手書きしない場合は，記名押印してください。  　高　知　市　長　　様 | | | | | | | |

※　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，この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち，指定を希望しない医療の部分を二重線で消去すること。

様式第30号**【記載例】**

**指定を希望しない医療は，二重線を引く（下も同様）**

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 | **○○薬局** | | | | | |
| 所在地 | **高知市本町５丁目１－４５** | | | | | |
| 開設者 | 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** | |
| 薬剤師の氏名 | | **高知　一郎** | | | 薬剤師の経歴 | | 別紙１のとおり |
| 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | 別紙２のとおり | | | | |
| 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）として指定を受けたいので申請します。  また，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。  **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。**  **管理薬剤師の氏名を記入**  **生年月日及び職名も必ず記入**  **令和○**年**○**月**○**日  （開設者）  住　　　　所　**高知市本町５丁目１－４５**  **株式会社　○○**  **代表取締役　高知　太郎**  氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　（※）  （※）　本人が手書きしない場合は，記名押印してください。  　高　知　市　長　　様 | | | | | | | |

※　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，この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち，指定を希望しない医療の部分を二重線で消去すること。

（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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。**  **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。