様式１－（２）

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 | 名　　　称 | 　 |
| 所　在　地 | 　〒　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 開設者 | 住　　　所 | 　〒　　 |
| 氏名又は名称 | 　 |
| 職　名 | 　 |
| 薬　剤　師　の　氏　名 | 　 | 略　歴 | （別紙） |
| 　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。年　　月　　日開 　設 　者　住 所　氏名又は名称　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　佐賀県知事　　様 |

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する）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

　　年　　月　　日

佐賀県知事　 様

 　　　　　　　開　設　者

 　　　　　　　住　　　所

 　　　　　　　代表者氏名

下記に掲げる障害者総合支援法第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）

 障害者総合支援法第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）の規定関係

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、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（事業の廃止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（当該事業の廃止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）

経歴書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　位 | 　 | ふりがな氏　　名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 現住所 | 　 |
| 最終学歴 | 　 |
| 主たる職歴 | 　　 |

※薬剤師免許証の写しを添付すること。

※「主たる職歴」欄には、調剤業務に従事した薬局の名称及び当該薬局での職名を記入すること。

（参考書式）

役員一覧（氏名・役職）

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 | 役　　　職 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |