

様式 3 - (2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
（薬局）

保険薬局	名 称						
	所 在 地	〒					
	医療機関コード						電話番号 ()
開設者	住 所	〒					
	氏名又は名称						
	職 名						
薬 剤 師 の 氏 名							
役員等の変更の有無		有 ・ 無					
<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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 電話番号</p> <p>佐賀県知事 様</p>							

処方箋の受付状況（別紙）は必ず添付すること。

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2)

処方箋の受付状況

医療機関名
・
・
・
・

医療機関（病院又は診療所）名は、現に処方箋を受け付けているか、又は受け付ける予定がある機関名を記入すること。（予定の場合には、医療機関名の末尾に「(予定)」と記入すること。）

精神通院医療に限らず、他の医療も含め、処方箋を受け付けている医療機関の名称を記載すること。数が多く記載しきれない場合は、件数が多い医療機関等、主な医療機関のみで可。ただし、最低でも2箇所以上の医療機関の名称を記載すること。