（様式３）

**自立支援医療機関（育成医療・更生医療）調査表**

（　　　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬　局　名 | 認　定　要　件 | 内　　　容 | 記　入　例 |
|  | １　原則として現に自立支援医療の対象となる身体障害者の治療を行っており、かつ、自立支援医療指定医療機関医療担当規程により、懇切丁寧な医療が行える医療機関であること。  ２　通路・待合室など、身体障害者に配慮した設備・構造等が確保されていること。  ３　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。 | ●診療時間  ●休業日  ●  ● | ●診療時間  　平日　9：00～17：00  　土曜　9：00～17：00  ●休業日  　日曜・祝祭日  ●別添図面のとおり  ●○○病院  　△△医院  　□□歯科　他 |