

第8号様式一（1）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書
（薬局用）

保険 薬局	名 称	〇〇薬局 〇〇店 保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇）		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 平塚市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
開設者 （*）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	株式会社〇〇 代表取締役□□ □□		
	生年月日 （個人開設の場合）		職名（個人開設の場合）	
薬剤師の氏名	神奈川 三郎	調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無	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（育成医療・更生医療）として指定を更新されたいので申請します。</p> <p>また、同法第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）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>申請書提出日を記載すること。</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>開設者（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>氏名又は 株式会社〇〇</p> <p>法人名と代表者 代表取締役□□ □□</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

変更がある場合は、変更届出書も提出すること。

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、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部分を二重線で消去すること。

※ 「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、第2号様式一（1）の別紙2を添付すること。

療養担当規程を遵守し、更新申請時には必ず自己点検表を提出して下さい。

『神奈川県指定自立支援医療機関実施要項』に基づき、自立支援医療の質の確保及び支給の適正化を図るため、療養担当規定を遵守していることについて、自己点検表による点検を実施していただきます。

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)自己点検表(薬局)

医療機関名: ○○薬局○○店

点検項目		チェック欄
1 基本方針	(1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。	
2 療養担当規程の遵守状況	(1) 受診者の調剤を正当な事由がなく拒んでいないか。	
	(2) 医療受給者証が有効であることを確認した上で調剤しているか。	
	(3) 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて調剤しているか。	
	(4) 調剤報酬に必要な事項を記載しているか。	
	(5) 調剤及び調剤報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から5年間保存しているか。	
3 人員体制、設備の整備状況	(1) 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、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。	
4 その他	(1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。	
	(2) 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。(※)	
	(3) 高額長期疾病に該当する受診者については、「特定疾病療養受療証」の所持について確認をしているか。(※)	

(※) これまでに、次のような不適切な事例が見受けられましたので、ご留意いただくようお願いします。

例：受診者が、病院、薬局及び訪問看護ステーションを利用している場合に、受診機関の内、いずれかの機関が月末に自己負担上限額管理票へまとめて記載したところ、月途中で上限額を超えていたことが判明し、医療費の調整が必要となってしまった。

例：高額長期疾病に該当する受診者について「特定疾病療養受療証」（以下「マル長」という）の所持を確認しなかったため（又は確認したけれども）、マル長で請求すべき医療費について自立支援医療あてに請求してしまった。

変更がある場合は、変更届出書(第5号様式－(1))及び添付書類を提出すること。

【添付書類】

(薬剤師変更の場合)第5号様式－(1)の別紙1

(所在地変更の場合)第5号様式－(1)の別紙2

第5号様式－(1)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書
（薬局用）

保険 薬局	名 称	〇〇薬局 〇〇店 保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇）		
	所 在 地	〒〇〇〇－〇〇〇〇 平塚市〇〇町〇－〇 Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇		
開設者 （*）	住 所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合） 又は法人名と代表者 （法人開設の場合）	株式会社〇〇 代表取締役〇〇—〇〇— <u>□□ □□</u>		
	生年月日 （個人開設の場合）		職名（個人開設 の場合）	
薬 剤 師 の 氏 名		神奈川 三郎	略歴	（第2号様式－ （1）の別紙1）
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			（第2号様式－（1）の別紙2）	
<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届出を行います。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>開設者（*）と同じ内容 とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				
開 設 者		（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）		
住 所		<u>横浜市中区日本大通〇</u>		
氏名又は 法人名と代表者		<u>株式会社〇〇 代表取締役□□ □□</u>		

変更部分が変わるように下線
（二重線）を引くこと。

※1 直近の指定の申請（変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

※2 変更部分について、下線（二重線）を引くこと。