

第13号様式の2 (第2条関係)

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	(薬局コード )
	所 在 地	
	電 話 番 号	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
薬 剤 師 の 氏 名		

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60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）の指定の更新を申請します。

年 月 日

薬局の開設者  
住 所  
名称（代表者名）  
又は 氏 名

印

東京都知事 殿

(備考) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。