

難病医療費助成指定医療機関 指定申請書
(薬局)

正式な名称を記載してください。

保険薬局	名称	保健福祉薬局		
	所在地	〒020-8570 盛岡市内丸10番1号 (TEL 012-345-6789)		
	薬局コード	1234567		
開設者	住所	盛岡市内丸10番1号		
	氏名又は名称	株式会社保健福祉 代表取締役 岩手 太郎		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	職名	代表取締役
役員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1のとおり)		

住居表示どおり正確に記載してください。(ハイフンでつながない)

個人薬局の場合は、代表者の氏名を記載してください。

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定による指定医療機関として指定されたく申請する。

また、同法第14条第2項の規定にいずれにも該当しないことを誓約する。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請書の裏面を御確認ください。

開設者

住 所 (法人にあっては所在地)

盛岡市内丸10番1号

氏 名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

株式会社保健福祉

代表取締役 岩手 太郎

岩手県知事 様

個人薬局の場合は、代表者の氏名を記載してください。

※ 保険薬局の所在地については、正確な住居表示を市町村役場等に確認する等して誤りや省略をすることなく記入してください。

(別紙1)

役員の氏名及び職名

個人薬局の場合は、代表者の氏名を記載してください。

申請者（法人）名（ **株式会社保健福祉** ）

氏名	職名
岩手 太郎	代表取締役
健康 一郎	取締役
保険 福祉	取締役
岩手 花子	監査役
健康 国保	監査役

法人の代表者・役員及び管理者について記載してください。
個人薬局の場合は、代表者及び管理者について記載してください。

※ 法人の代表者・役員（業務を執行する社員、取締役、執行役、相談役、顧問、その他いかなる名前を有する者であるかを問わず、これらに準ずる者及び、同等の支配力を有すると認められる者を含む。）及び管理者について記入してください。

※ 法人以外の場合は管理者のみ記入してください。