

記載例

難病医療費助成指定医療機関 指定更新申請書
(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)		
	コード	1234567		
	所	盛岡市内丸 10 番 1 号		
開 設 者	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)

登録内容に変更がある場合は、変更後の内容を記載してください。
(変更申請の提出は不要)

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 15 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。