自立支援医療機関（更生医療・育成医療、精神通院医療）指導監査　調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 | ○○薬局 |
| 住所 | 〒○○○－△△△△  静岡県○○市（町）△△　□□－□□ |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 開設者 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当する医療 |  |
| 更生医療・育成医療を  主として担当する薬剤師 |  |
| 精神通院医療を  主として担当する薬剤師 |  |

下記記入対象期間は、令和６年１月１日から令和６年12月31日の１年間です。

**１　　自立支援医療の利用者数**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |

　　　　自立支援医療利用した実人数

うち、更生医療・育成医療を利用した実人数

うち、精神通院医療を利用した実人数

|  |  |
| --- | --- |
|  | 年 |

**２　　主として担当する医師等について**

　　　経験年数（記入日時点）

※１年未満の経験年数は切り捨てて記入（５年11ヶ月の場合は、「５」と記入。）

|  |
| --- |
| 常勤／非常勤 |

常勤・非常勤の別（該当する方に○をしてください）

　上記の記載事項は、事実に相違ありませんので、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66条の規定に基づき報告します。

令和　年　月　日

医療機関の開設者

住　　所

（電話番号）

氏　　名