

入力例



ログイン

利用者登録

> 手続き申込

> 申込内容照会

> 職責署名検証

手続き申込

利用者ログイン

手続き名 指定自立支援医療機関指導監査<薬局>

受付時期 2022年12月20日0時00分～

[利用者登録せずに申し込む方はこちら >](#)

[利用者登録される方はこちら](#)

既に利用者登録がお済みの方

利用者IDを入力してください

利用者登録時に使用したメールアドレス、
または各手続の担当部署から受領したIDをご入力ください。

パスワードを入力してください

利用者登録時に設定していただいたパスワード、
または各手続の担当部署から受領したパスワードをご入力ください。
忘れた場合、「パスワードを忘れた場合はこちら」より再設定してください。

メールアドレスを変更した場合は、ログイン後、利用者情報のメールアドレスを変更ください。

[パスワードを忘れた場合はこちら](#)

ログイン >

本調査票への回答は、利用者登録が不要です。
「利用者登録せずに申し込む方はこちら」を押下してください。

手続き申込



手続き選択をする



メールアドレスの確認



内容を入力する



申し込みをする

手続き説明

この手続きはメールアドレスの確認はございません。
下記の内容を必ずお読みください。

手続き名	指定自立支援医療機関指導監査<薬局>
説明	<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（以下「法」といいます。）第11条第2項及び法第66条の規定に基づき、書面による指導・監査（以下「書面監査」といいます。）を実施します。</p> <p>本書面監査は、全ての指定自立支援医療機関（薬局）に実施するものです。</p> <p>なお、本書面監査の結果、必要があると思われる医療機関については、今後実地による指導監査を実施いたします。</p> <p>【監査対象】</p> <ul style="list-style-type: none">・令和4年1月1日から令和4年12月31日までの1年間の調剤分・本監査期間に新たに指定を受けた医療機関（新規指定日が令和4年1月1日以降の医療機関）にあっては、監査対象期間を指定日から令和4年12月31日までの期間とします。 <p>※更生医療・育成医療及び精神通院医療の両方の指定を受けている場合は、本書面監査を同時に行うことが可能です。（更生医療・育成医療、精神通院医療それぞれで回答する必要はございません。）</p>
受付時期	2022年12月20日0時00分～
問い合わせ先	静岡県 健康福祉部 障害者支援局 障害福祉課
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

<利用規約>

ふじのくに 電子申請サービス（静岡県電子申請システム）利用規約

1 目的

この規約は、ふじのくに 電子申請サービス（静岡県電子申請システム）（以下「本サービス」といいます。）を利用して静岡県に対し、インターネットを通じて申請・届出及び講座・イベント申込み等を行う場合の手続きについて必要な事項を定めるものです。

2 利用規約の同意

本サービスを利用して申請・届出等を行うためには、この規約に同意していただく必要があります。本サービスをご利用された方は、この規約に同意されたものとみなされ、同意しない場合は、本サービスをご利用いただくことができません。なお、閲覧のみに

説明及び利用規約を
確認し、「同意する」を
押下してください。

同意は本サー
ビスを利用することが
できません。

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただきます。

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。



一覧へ戻る

同意する



手続き申込



手続き選択をする



メールアドレスの確認



内容を入力する



申し込みをする

申込

選択中の手続き名： 指定自立支援医療機関指導監査<薬局>

問合せ先 [+開く](#)

指定自立支援医療機関指導監査調査票【薬局】

この入力フォームは、**薬局**用です。担当している医療の種類 **必須**

両方（更生医療・育成医療及び精神通院医療）

担当している医療の種類を選択してください。

※「更生医療・育成医療」及び「精神通院医療」の両方の指定を受けている場合は、「両方（更生医療・育成医療及び精神通院医療）」を選択してください。一括して、回答が出来ます。

医療機関（薬局）の名称 **必須**

静岡薬局

医療機関コード **必須**

※半角数字で入力してください。

※「0」から始まる医療機関コードの場合、「0」から入力

0123456789

医療機関コードが「0」から始まる場合は、「0」から入力してください。

医療機関（薬局）の郵便番号 **必須**

入力例) 123-4567は1234567と入力

※半角数字で入力してください。

郵便番号

4208601

住所検索

医療機関（薬局）の所在地 **必須**

住所

医療機関（薬局）の電話番号 **必須**

入力例) 0123456789は012-345-6789と入力

※半角数字で入力してください。

電話番号

医療機関（薬局）のFAX番号

入力例) 0123456789は012-345-6789と入力

※半角数字で入力してください。

開設者の郵便番号 **必須**

入力例) 123-4567は1234567と入力

※半角数字で入力してください。

郵便番号

開設者の住所 **必須**

住所

開設者の形態を、「個人」「法人」から選択してください。

開設者の形態 **必須**

「法人」の場合は、法人格も入力してください。

「個人」の場合は、氏と名の間に全角スペースを空けてください。

開設者の氏名又は名称 **必須**

法人の場合は法人格も入力してください。
また、個人の場合は氏と名の間に全角スペースを空けてください。

入力例) ○○株式会社、医療法人□□、静岡 太郎

開設者の代表者の職名 **選択肢の結果によって入**

法人の場合のみ入力してください。

入力例) 代表取締役、理事長 等

開設者の形態が「法人」の場合は回答してください。

※開設者の形態が「個人」の場合は、回答欄が表示されません。（回答不要です。）

開設者の代表者名 選択肢の結果によって入力条件が変わります

法人の場合のみ入力してください。

氏 名

開設者の形態が「法人」の場合は回答してください。

※開設者の形態が「個人」の場合は、回答欄が表示されません。(回答不要です。)

開設者の電話番号 必須

入力例) 0123456789は012-345-6789と入力

※半角数字で入力してください。

電話番号

開設者のFAX番号

入力例) 0123456789は012-345-6789と入力

※半角数字で入力してください。

以下については、更生医療・育成医療の指定を受けている場合に回答してください。

更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師の氏名 選択肢の結果によって入力条件が変わります

更生医療・育成医療の指定を受けている場合は入力してください。

氏 名

更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師の経験年数について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

更生医療・育成医療の指定を受けている場合は入力してください。

令和4年1月1日時点における、更生医療・育成医療を主として担

※令和4年1月1日時点で、同医療機関の更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師となった時点の調剤実務経験年数

※1年未満の実務経験年数は切り捨てて記入してください。

主として担当する薬剤師の経験年数を入力してください。

※1年未満の経験年数は切り捨てて計算してください。(「5年11ヶ月」の場合は、「5」と入力。)

更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師の勤務形態について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

更生医療・育成医療の指定を受けている場合は入力してください。

令和4年1月1日から令和4年12月31日の期間における、更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師の勤務形態を選択してください。

更生医療・育成医療を主として担当する薬剤師の勤務形態

選択肢の結果によって入力条件が変わります

自立支援医療(更生医療・育成医療)を主として担当する薬剤師は、「常勤」

主として担当する薬剤師が「非常勤」の場合、その理由を記入してください。

主として担当する薬剤師の勤務形態が「非常勤」の場合は、その理由を記入してください。

※主として担当する薬剤師の勤務形態が「常勤」の場合は、回答欄が表示されません。(回答不要です。)

自立支援医療（更生医療・育成医療）の利用者数

選択肢の結果によって入力条件が変わります

更生医療・育成医療の指定を受けている場合は入力してください。

令和4年1月1日から令和4年12月31日の期間における、自立支援医療(更生医療・育成医療)を利用した方の実人数を入力してください。

※利用者がいない場合は「0」と入力してください。

期間中に、自立支援医療（更生医療・育成医療）を利用した方の実人数を入力してください。

以下については、精神通院医療の指定を受けている場合に回答してください。

精神通院医療を主として担当する薬剤師の氏名

選択肢の結果によって入力条件が変わります

精神通院医療の指定を受けている場合は入力してください。

氏

静岡

名

花子

精神通院医療を主として担当する医師等の経験年数について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

精神通院医療の指定を受けている場合は入力してください。

令和4年1月1日時点における、精神通院医療を主として担当する医師等の経験年数を入力してください。

※令和4年1月1日時点で、同医療機関の精神通院医療を主として担当する薬剤師となった時点の調剤実務経験年数を入力してください。

※1年未満の実務経験年数は切り捨てて記入してください。

主として担当する薬剤師の経験年数を入力してください。

※1年未満の経験年数は切り捨てて計算してください。(「5年11ヶ月」の場合は、「5」と入力。)

自立支援医療（精神通院医療）の利用者数

選択肢の結果によって入力条件が変わります

精神通院医療の指定を受けている場合は入力してください。

令和4年1月1日から令和4年12月31日の期間における、自立支援医療(精神通院医療)を利用した方の実人数を入力してください。

※利用者がいない場合は「0」と入力してください。

期間中に、自立支援医療（精神通院医療）を利用した方の実人数を入力してください。

以降の設問は、指定自立支援医療機関療養担当規程の実施状況について回答してください。

各設問について、指定自立支援医療機関療養担当規程に基づき、医療の提供等を行っているか、回答してください。

設問 1 受給者の調剤を正当な理由なく

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程>

第二条 指定自立支援医療機関は、自立支援医療を受ける障害者又は障害児(育成医療又は更生医療を受ける者に限る。以下「受診者」という。)の診療を正当な理由がなく拒んではならない。

<参考：指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程>

第二条 指定自立支援医療機関は、自立支援医療を受ける障害者又は障害児(精神通院医療を受ける者に限る。以下「受診者」という。)の診療を正当な理由がなく拒んではならない。

適（拒んでいない）

設問 2-1 医療受給者証が有効であることを確かめた後で調剤しているか **必須**

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程、指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程>

第三条 指定自立支援医療機関は、障害者又は障害児の保護者から法第五十四条第三項に規定する医療受給者証(以下「受給者証」という。)を提出して受診者の診療を求められたときは、その受給者証が有効であることを確かめた後でなければ診療をしてはならない。

適（確かめている）

※設問 2-1 で「否（確かめていない）」を選択した場合は、回答欄が表示されません。（回答不要です。）

設問 2-2 医療受給者証の確認頻度をお答

選択肢の結果によって入力条件が変わります

その他

設問 2-2 「医療受給者証の確認頻度」で、「その他」とお答えした場合、その詳細を記入してください。 **選択肢の結果によって入力条件が変**

※設問 2-2 で「その他」以外を選択した場合は、回答欄が表示されません。（回答不要です。）

設問 2-3 医療受給者証の記録保存方法をお答えください

選択肢の結果によって入力条件が変わります

医療受給者証の写しを保管

※設問 2-1 で「否（確かめていない）」を選択した場合は、回答欄が表示されません。（回答不要です。）

設問 3 受給者がやむを得ず診療時間内に診察しているか **必須**

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程、指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程>

第四条 指定自立支援医療機関は、自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療しなければならない。

適（している）

設問4 調剤録に必要な事項を記入しているか **必須**

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程>

第七条 指定自立支援医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

<参考：指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程>

第五条 指定自立支援医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

適 (している)

設問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

必須

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程>

第八条 指定自立支援医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から五年間保存しなければならない。

<参考：指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程>

第六条 指定自立支援医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から五年間保存しなければならない。

適 (している)

設問6 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っているか

選択肢の結果によって入力条件が変わります

※更生医療・育成医療の指定を受けている場合のみ回答してください。

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程>

第三条 2 指定自立支援医療機関は、受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っているかを確認し、受給者証を交付した市町村と協議し、その承認を受けなければならない。

※担当している医療の種類で「精神通院医療」を選択した場合は、回答欄が表示されません。(回答不要です。)

適 (行っている)

設問7 医療の具体的方針の変更が必要な場合は、市町村長等の変更の承認を受けた後に、調剤しているか **選択肢の結果によって入力条件が変わります**

※更生医療・育成医療の指定を受けている場合のみ回答してください。

<参考：指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程>

第三条 2 指定自立支援医療機関は、受給者証に記載された医療の具体的方針の変更が必要な場合は、市町村長等の変更の承認を受けた後に、調剤を行っているかを確認し、受給者証を交付した市町村と協議し、その承認を受けなければならない。

※担当している医療の種類で「精神通院医療」を選択した場合は、回答欄が表示されません。(回答不要です。)

否 (していない)

設問1～設問7（精神通院医療のみは設問5まで）において「否」を選択した設問がある場合、お答えください **選択肢の結果によって入力条件が変わります**

指定自立支援医療機関は、法律の定めによるほか、「指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程」及び「指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程」を遵守し、自立支援医療を担当することとなっております。上記の設問において「否」がある場合、その理由を記入してください。

御担当者様の氏名 **必須**

本申請の御担当者（入力者）様の氏名を入力してください。

氏:

名:

設問1～設問7（精神通院医療のみは設問5まで）で「否」を選択した場合は、その理由について記入してください。
※全ての設問で「適」を選択した場合は、回答欄が表示されません。（回答不要です。）

平日の日中連絡の取れる電話番号 **必須**

本申請の御担当者（入力者）様が平日の日中連絡の取れる電話番号を入力してください。

入力例) 0123456789は012-345-6789と入力

※半角数字で入力してください。

電話番号

054-221-2367

御担当者様のメールアドレスを入力してください。
※調査票を提出後、入力していただいたメールアドレス宛に受付完了メールを送信します。メールアドレスに誤りがあると、メールが届きませんので注意してください。

御担当者様メールアドレス **必須**

※半角英数字で入力してください。

※調査票の回答が完了後、入力していただいたメールアドレス宛に回答完了メールを送信します。

メールアドレス

備考

・氏名や地名等に、旧字体や異字体等の使用できない文字がある場合は、記入してください。

・その他、本申請において特記事項がある場合は、記入してください。

氏名や地名等に旧字体や異字体等の使用できない文字がある場合、本調査票の回答について特記事項がある場合は、記入してください。

確認へ進む >

入力中のデータを一時保存

【申込データ一時保存、再読み込み時の注意事項】

- ・添付ファイルは一時保存されません。再読み込み後は、必要に応じて、パソコンに一時保存した申込データはパソコンで閲覧・加筆・修正する
- ・システムに読み込む場合は一時保存した手続きの画面でしか読み込めません
- ・入力中の申込データをパソコンに一時保存しますので、保存した申込データの取扱いは、申請者の責任において管理をお願いします。

「入力中のデータを保存する」では申込みの手続きが完了していませんのでご注意ください。

※入力中の申込データをパソコンに一時保存します。

※一時保存した申込データを再度読み込みます。

↓ 入力中のデータを保存する

↑ 保存データの読み込み

全ての記入項目、設問に回答後、「確認へ進む」を押下してください。

手続き申込

[手続き選択をする](#)[メールアドレスの確認](#)[内容を入力する](#)[申し込みをする](#)

申込確認

指定自立支援医療機関指導監査<薬局>

指定自立支援医療機指導監査調査票【薬局】

担当している医療の種類	両方（更生医療・育成医療及び精神通院医療）
医療機関（薬局）の名称	静岡薬局
医療機関コード	0123456789
医療機関（薬局）の郵便番号	420-8601
医療機関（薬局）の所在地	静岡市葵区追手町9-6
設問6 医療受給者証に記載された医療の具体的方針により調剤を行っているか	適（行っている）
設問7 医療の具体的方針の変更が必要な場合は、市町村长等の変更の承認を受けた後に、調剤しているか	適（している）
入力者の氏名	静岡 花子
平日の日中連絡の取れる電話番号	054-221-2367
備考	

[入力へ戻る](#)[申込む](#)

内容を確認の上、「申込む」を押下してください。

【お問合せ先】
〒420-8601
静岡県静岡市葵区
静岡県健康福祉

◆更生医療・育成医療

電話番号 054-221-2367

FAX番号 054-221-3267

メールアドレス shougai-fukushi@pref.shizuoka.lg.jp

◆精神通院医療

電話番号 054-221-3523

FAX番号 054-221-3267

メールアドレス seisin@pref.shizuoka.lg.jp

手続き申込



手続き選択をする



メールアドレスの確認

申込完了

指定自立支援医療機関指導監査<薬局>の手続きを完了しました。
ありがとうございました。

この画面が表示されたら、調査票への回答が完了となります。

また、入力していただいたメールアドレス宛に、受付完了メールが送信されます。

受付完了メールは、調査票提出の証となりますので、大切に保管してください。



一覧へ戻る

【お問合せ先】

〒420-8601

静岡県静岡市葵区追手町9番6号

静岡県 健康福祉部 障害福祉課

◆更生医療・育成医療

電話番号 054-221-2367

FAX番号 054-221-3267

メールアドレス shougai-fukushi@pref.shizuoka.lg.jp

◆精神通院医療

電話番号 054-221-3523

FAX番号 054-221-3267

メールアドレス seisin@pref.shizuoka.lg.jp