

かかりつけ薬局（登録・変更）届出書

守口市福祉事務所長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

私の世帯の「かかりつけ薬局」について下記のとおり届出（変更）します。

氏名	生年月日	かかりつけ薬局

【留意事項】

- 1 この届出書には、薬局を利用している世帯員全員の「かかりつけ薬局」を記入してください。なお、薬局を利用していない方も、記入していただいて結構です。
- 2 かかりつけ薬局名を印字したステッカーを発行しますので、ご自身のお薬手帳を一冊に決めて、お薬手帳の見やすい場所にステッカーを貼付してください。
- 3 医療機関の受診又は薬局を利用の際は、特別な理由※がないかぎり、「ステッカーを貼付したお薬手帳」を持参し、お薬手帳のステッカーに印字されている「かかりつけ薬局」を利用してください。
- 4 福祉事務所に届出した「かかりつけ薬局」又は「ステッカーを貼付したお薬手帳」以外を利用する場合は、福祉事務所に相談してください。
- 5 薬局の利用の際に、「ステッカーを貼付したお薬手帳」を持参しなかった場合や、「かかりつけ薬局」を利用しなかった場合は、理由の聞き取りを行います。
- 6 「かかりつけ薬局」は、支店名まで記載してください。
- 7 「かかりつけ薬局」を変更する場合は、福祉事務所に届出してください。

※特別な理由

- ①かかりつけ薬局の営業時間外などに、緊急に薬剤が必要となった場合
- ②修学旅行などやむを得ず遠方で処方を受けた場合
- ③かかりつけ薬局に処方された医薬品の在庫がなかった場合
- ④特殊な薬剤を必要とする場合
- ⑤①から④以外の理由で福祉事務所が認めた場合