

ケース番号
担当者

かかりつけ薬局変更届出書

(あて先) 東大阪市長

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ ㊞

私の世帯の「かかりつけ薬局」を下記のとおり変更いたします。

続柄	氏名	かかりつけ薬局

○「かかりつけ薬局」についての留意事項

- 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 病院で処方箋を出された場合は、特に理由がないかぎり、福祉事務所に届出した「かかりつけ薬局」を利用していただきます。
- 3 福祉事務所に届出した「かかりつけ薬局」以外の薬局を利用する場合は、福祉事務所に相談してください。
- 4 福祉事務所に届出した「かかりつけ薬局」以外の薬局を利用した場合は、利用した理由の聞き取りを行います。
- 5 かかりつけ薬局は、支店名まで記載してください。

《例外規定》

- 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 特殊な薬剤を必要とする場合
- ④ ①から③以外の理由で福祉事務所が認めた場合

(受付印)
