

指定自立支援医療機関変更等理由書（精神通院医療）

年 月 日

受給者番号	
氏 名	
生年月日	
住 所	
変更(追加)前 医療機関	
変更(追加)後 医療機関	
指定自立支援医療機関の変更または薬局の追加が必要な理由	

注1 病院・診療所、訪問看護又はデイケアを追加する場合は、この様式は使用できません。