

指定自立支援医療機関の追加理由書（精神通院医療）
（病院・診療所、訪問看護、デイケア）

年 月 日

受給者番号	
氏 名	
生年月日	
住 所	
追加する医療機関名、及び診療科担当科名	
指定自立支援医療機関の追加が必要な医学的理由及び貴院での診療内容 （医療に重複がなく、やむを得ない事情がある旨を主治医が記載すること。） 医療機関名 住 所 電 話 番 号 診療科担当科名 医 師 氏 名	