

指定自立支援医療機関変更等理由書（精神通院医療）

令和 年 月 日

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 受給者番号 | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 住所 | 吾妻郡東吾妻町大字 |
| 指定自立支援医療機関の変更または追加等が必要な理由 | |
| ※上記の理由について主治医が記載した場合のみ、下記に記入、押印して下さい。 | |
| 医療機関名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 医師氏名 | 印 |

- 注1 指定自立支援医療機関の変更の場合は、本人が変更の理由を記入すること。
- 2 指定自立支援医療機関を追加する場合（薬局の場合を除く。）は、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。