別記様式第９号（規格Ａ４）

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 |  |
| 変更(追加)後 |  |
|  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、下記に記入してください。 　　　　　　医療機関名　 　　　　　　住　　　所 　　　　　　電話番号 　　　　 　　医師氏名  |

　 　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。