

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	
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。