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。