

理 由 書

(自立支援医療機関等の追加用)

すでに認定済みの医療機関からの下記理由に基づく指示により、別途申請書の医療機関等も、利用することとなりましたので、自立支援医療機関等の追加を申請します。

・医療機関等の名称 _____

追加の理由（主治医の指示内容等） **【保険適用対象となる場合のみ】**

☐主治医の指示のもと、主たる医療機関で行うことのできない治療・検査を受ける必要があるため

〔 具体的な治療・検査内容： 〕
 脳波検査 ・ 血液検査 ・ カウンセリング

☐主治医の指示のもとでのデイケア・ナイトケアの利用

☐主治医の指示のもとでの訪問看護ステーションの利用

〔 生活リズムを整える・投薬管理・栄養管理・体調管理 〕

☐その他

令和 年 月 日

(※記入日を記載すること)

裏面の医療機関等追加時の注意及び確認事項の内容に了承したうえで、医療機関の追加申請を希望します。

東京都知事殿

申請者氏名
(受診者本人)

住所

〈ご注意〉 複数の医療機関等の追加交付申請を行う場合には、それぞれの医療機関等についての理由書のご提出が必要となります。

医療機関等追加時の注意及び確認事項

（自立支援医療機関等の確認用）

「自立支援医療（精神通院）支給認定申請」の医療機関等の追加交付申請は、本来の主旨に合わない場合は認められません。

【注意事項】

- ・ 今回の確認事項により、医療機関等の追加が認められる理由以外であった場合や追加理由に整合性がない場合は、受付窓口でお断りする場合があります。
- ・ 東京都に医療機関等の追加交付申請を提出後に、追加交付申請の対象とならないことがあります。
- ・ 東京都より本書以外で追加調査がある場合、または追加不可となった場合には、通知を郵送いたします。

以下の内容をご了承いただき、すべての□枠の中にチェック✓を記入してください。

【主旨】

- 「自立支援医療費（精神通院）支給認定」は、1つの医療機関、1つの薬局が原則です。
- 医療機関の追加申請は、やむを得ない事情がある場合の申請です。
- やむを得ない事情とは、主治医（現在指定されている主の医療機関の医師）が治療上必要と認め、なおかつその主治医がいる医療機関で行うことができない（医療に重複がない）診療、調剤、デイケア、ナイトケア、訪問看護を利用することを意味します。

【確認事項】

- 『以前認められた』という理由では追加の対象とはなりません
- 申請者様のご判断に基づく追加交付申請ではない（とりあえず追加したい、使用するかは不明だが追加したい、セカンド・オピニオン、別の精神療法を受診希望についても不可）
- 帰省等の理由での追加交付申請ではない
- 保険適用の対象である
- 医療機関（病院、クリニック、訪問看護）
 - 医療機関の追加について、主治医からの指示がある
 - 紹介状が出ている 出していない場合 ➡ □ 主治医の指示がある
 - 主医療機関で治療できない内容である
 - 医療内容に重複がない
 - 精神疾病に起因しない疾病治療のための他科受診ではない（薬物治療による副作用のための他科受診でない）
- 薬局
 - すでに指定している薬局の宅配サービスを利用していない（宅配を利用している場合は追加不可）

以下、該当する申請者のみ記入してください

- 指定の医療機関と薬局が離れている
理由（なぜ指定の病院と離れた場所の薬局を希望するのか）