

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

☐主たる医療機関等は遠方にあり、（頻繁・緊急）に通える場所が必要であるため

☐現在指定の薬局では処方できない薬があるため

☐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)

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。