（参考様式）

自立支援医療用理由書（複数の医療機関で治療を行う理由）

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏　　名 |  |
| ②生年月日 | T・S・H・R　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ③当院以外で受診を必要とする医療機関名 |  |
| ④③で治療を行うことが必要な理由 |  |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日医療機関名（診療科名）所在地医師氏名　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承認 | 不承認 | 保留 |