

(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
----	-----	----