【参考様式】　　【県提出用/市町村控用/医療機関控用】

医療機関の追加に関する意見書
（自立支援医療（精神通院）用）

フリガナ		年齢	生　年　月　日	
氏　名		歳	大正 昭和 平成 令和	年　　月　　日
住　所			受給者番号	
病　名	1）主たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ICDコード F・G □□.□□ 2）従たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ICDコード F・G □□.□□			
検査やデイケア等を実施する医療機関名 （追加する医療機関名）				

主病院以外に検査やデイケア等の利用が必要な理由と実施内容

1　追加する具体的な医療の内容

2　上記医療が主病院で実施できない理由

【意見書作成年月日】　令和　　年　　月　　日

【医療機関所在地】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医療機関の名称】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【電　話　番　号】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医　師　氏　名】
（自筆または記名捺印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
※印刷の場合、必ず捺印してください。

注１　本意見書は参考様式であり、他の様式や、診断書への記載でも申請が可能です。
注２　本意見書は、主たる医療機関の主治医による記載が必要です。
注３　追加する医療機関には、自立支援医療（精神通院）の指定医療機関を記載してください。