**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 |  |
| 令和　　　年　　　月　　　日医療機関名（診療科名）所在地　　　　　　　　医師氏名（自署または記名押印）　 |