

理 由 書
（自立支援医療機関等の追加用）

受給者証に記載された一般指定自立医療機関の主治医からの指示により、別添申請書の指定自立医療機関にも通院することとなりましたので、指定自立医療機関の追加を申請します。

また、このことについて、神奈川県及び市町村から指定自立医療機関の主治医等に照会することについて、異議はありません。

1 自立支援医療の重複について

追加申請をする指定自立医療機関で受けている若しくは受ける予定の自立支援医療（デイケア・訪問看護等）を一般指定自立医療機関でも提供されている。

☐ はい ・ ☐ いいえ

※ はい（自立支援医療に重複がある）の場合、指定自立医療機関を受給者証に追加することはできません。

2 受給者証に記載された一般指定医療機関以外で自立支援医療の提供を受ける
ことが必要な理由

☐ ア 主治医の指示により自立支援医療（デイケア・訪問看護・検査・その他（ ））が必要だが、受給者証に記載されている一般指定自立医療機関では必要な自立支援医療の提供を受けられないため

☐ イ ア以外の場合（ ）

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

住 所 _____

申請者氏名 _____

(保護者等の場合)

住 所 _____

受診者氏名 _____