

# 理 由 書

(自立支援医療機関・薬局・訪問看護の追加用)

すでに認定済みの医療機関からの下記理由に基づく指示により、別添申請書の医療機関等も利用することになりましたので、自立支援医療機関等の追加を申請します。

○該当箇所にチェックを入れてください。その他にチェックした場合は理由を記載してください。

## 医療機関等の名称

### ●医療機関追加の理由

- 主たる医療機関で行うことのできない治療および検査実施のため  
(脳波検査・血液検査等の各種検査、医療保険適用のカウンセリングは認定可)
- デイ・ナイトケア利用のため
- その他 ※

### ●薬局追加の理由

- 現在指定の薬局では処方できない薬物があるため
- 営業時間が合わないため
- その他

### ●訪問看護追加の理由

- 生活管理と服薬管理目的で訪問看護を利用するため
- その他

令和 年 月 日

東京都知事殿

申請者氏名

住所

### ※ 注意事項

下記の理由での追加交付申請は認められません  
(東京都の判断により下記以外でも認められない場合があります)

- ①患者様の判断に基づく追加交付申請  
(セカンドオピニオン、別の精神療法を受診希望も不可)
- ②精神疾病に起因しない疾病治療のための他科受診  
(薬物治療による副作用のための他科受診も不可)

※複数の医療機関の追加交付申請を行う場合は、それぞれの医療機関等についての理由書の提出が必要となります。