

理 由 書  
(自立支援医療機関等の追加用)

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にも通院等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。

・医療機関等の名称 \_\_\_\_\_

・追加の理由(主治医の指示内容等)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

年 月 日

(※記入日を記載)

東京都知事 様

住 所

申請者氏名

(受診者本人)

<ご注意> 複数の医療機関等の追加交付申請を行う場合には、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。