様式第５号

複数医療機関の指定に関する意見書　（自立支援医療費（精神通院）用）

※　本意見書は、変更申請により主たる医療機関として登録している医療機関以外に、医療や検査等を実施する医療機関の追加指定を希望する場合に、主たる医療機関の医師もしくは追加指定を希望する医療機関の医師が記載するものです。

ただし、新規申請、診断書の添付が必要な再認定申請の場合は、診断書への記載内容で医療に重複がないかを確認するため、この意見書は不要です。

氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日
住所			
①病名	（ICD コードは、F00～F09、G40 のいずれかを記入して下さい。） （１）主たる精神障害（　　）ＩＣＤコード（　　） （２）従たる精神障害（　　）ＩＣＤコード（　　）		
②追加を必要とする医療機関名			
③主たる医療機関以外で実施する医療・検査等の内容	（主たる医療機関での医療・検査と重複しないことが必要です）		

年　　月　　日

医療機関の名称

医療機関の所在地

電話番号

医師氏名（自署）