別紙:投薬内容

自立支援医療費(同時申請)手帳用診断書投薬内容届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者名 | 　　 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 | 年　齢 |  |
| 通院の投薬内容　　(薬品名・単位) |
| 　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 |

* 精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療費(精神通院)を同時に申請する場合は

　　　 手帳用診断書にて作成し、投薬内容届を添付する。

　　　　 また、投薬内容を診断書の備考欄に記載してもよい。