

## 精神しょうがいしゃショートステイ利用登録(更新)申請書

年 月 日

国 立 市 長 殿

住 所

氏 名 印 続柄

※署名の場合は、押印不要です。

電話番号

精神しょうがいしゃショートステイの利用を申請します。

利用者 本人	氏 名		生年月日	年 月 日	歳
	住 所			電話番号	
	精神保健福祉手帳の有無			職業	
	通院している医療機関			主治医	
	緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	

◎申請者及び申請書の家族等の所得の状況を、公簿等により調査することに同意いたします。

精神障害者ショートステイ利用申込書

年 月 日

国立市長 殿

精神障害者ショートステイの利用について、次のとおり申し込みます。

利用希望期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

利用者氏名

住 所

電話番号

( )

家族等氏名

住 所

電話番号

( )