様式第6号(第6条関係)

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　㊞

精神障害者短期入所事業利用(期間延長)申請書

　精神障害者短期入所事業を利用(期間延長)したいので、次のとおり申請します。

1　利用対象者

(1)　住所

(2)　氏名

(3)　性別　　　　　　　　男・女

(4)　生年月日(年齢)　　　　　　年　　月　　日(　　歳)

(5)　障害等級及び精神保健福祉手帳番号(所持している場合)

　　　　　　　　　　級　　　番号　第　　　　　　号

(6)　通院医療費公費負担受給者番号(受給している場合)

(7)　通院先の医療機関名及び主治医氏名

　　　医療機関名　　　　　　　電話　　　　　　　　主治医氏名

(8)　利用(延長)期間

　　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

(9)　短期入所事業を利用(延長)する具体的な理由

2　申請者と利用対象者の続柄

　本人　・　本人が属する世帯の生計中心者