様式１

うつデイケア　通所申請書

年　　　月　　　日

医療法人社団 輔仁会 田崎病院院長　殿

ふりがな

対象者（本人）　　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（職　業：　　　　　　）

 生年月日　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　）歳

 住　　所

 電　　話　自宅（　　　　　　 　　）携帯（　　　　　 　　　）

本人以外の連絡先

ふりがな

　　 氏　　名

 本人との続柄

 住　　所

 電　　話　自宅（　　　　　　 　　）携帯（　　　　　 　　　）

通院医療機関名　　　　　　　　　　　　　　主治医名

|  |
| --- |
|  |

保険の種類　　健保（本人・家族）　国保（一般・退職本人・退職家族）　船保（本人・家族）

（○印）　　　各種共済（本人・家族）　労保　　生保（受給中・申請中）　　労災

保険未加入　　その他（　　　　　　　）

自立支援医療費（精神通院）の利用：　　有　　・　　無　　・　申請中

有効期間：　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

受給者番号：

保健福祉手帳（障害者手帳）の取得：　　有　・　無　・　申請中

障害年金の受給：　　有（　　　級）　・　無　・　申請中

**※**通所を希望する目的、目標をお書き下さい