

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

対象者（本人）
ふりがな
氏 名 _____ 印（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（○印）
〔 健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族） 船保（本人・家族）
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

[_____]