

様式 1

薬物・アルコール依存症ショートケア通所申請書

沖縄県立総合精神保健福祉センター所長 殿

申 込 者  
(本人) 印  
ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住 所 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

本人以外の連絡先  
ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

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) 老保 生保 (受給中・申請中) 労災 保険未加入  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

自立支援医療 (精神通院) の利用 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無 ・ 申請中  
(有効期間 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 平成 \_\_\_\_\_ 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

自助グループの利用 \_\_\_\_\_ 有 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 無

※ショートケア通所の目標や期待すること等をお書き下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

※貴殿の回復支援のため、必要に応じて主治医と情報交換することもあります。