

横浜市総合保健医療センター利用申込書

平成 年 月 日

横浜市総合保健医療センター長

申込者 住所
(Tel - -)

氏名 (続柄)

ご利用者	住所	〒 -	
	フリガナ 氏名	電話 () 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	
紹介者	機関名		
	所在地	〒 - 電話 () FAX ()	
	担当者	職種	
ご利用部門	高齢者支援施設	<input type="radio"/> 指定介護老人保健施設「しらさぎ苑」 事業者番号 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護〔一般棟・認知症棟〕 1470902592 <input type="checkbox"/> 施設サービス〔一般棟・認知症棟〕 1450980003 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 1470902584	
		<input type="radio"/> 診療所 介護療養型医療施設 事業者番号 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（介護保険） 1470901818 <input type="checkbox"/> 施設サービス（介護保険） 1419804360 <input type="checkbox"/> 医療保険	
	要介護状態区分 認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	精神障害者支援施設	<input type="radio"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科デイケア	
<input type="radio"/> 就労訓練 事業者番号 <input type="checkbox"/> 長期コース（就労移行支援事業：障害者総合支援法） 1410900623 <input type="checkbox"/> 短期評価コース（1か月間）			
<input type="radio"/> 生活訓練 事業者番号 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 1410900623 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） 1410900623 <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ） 1410900391 <input type="checkbox"/> 横浜市精神障害者地域生活推進事業（チャレンジ事業）			
利用予定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
備考（連絡事項等）			