

横浜市総合保健医療センター利用申込書

令和 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	〒 -		電話 ( )	
	フリガナ 氏名	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	○ 指定介護老人保健施設「しらさぎ苑」		事業者番号	
		□ 短期入所療養介護 [一般棟・認知症棟]		1470902592	
	□ 施設サービス [一般棟・認知症棟]		1450980003		
	□ 通所リハビリテーション		1470902584		
精神障 害者 支援 施設	○ 診療所 介護療養型医療施設		事業者番号		
	□ 短期入所療養介護 (介護保険)		1470901818		
		□ 施設サービス (介護保険)		1419804360	
		□ 医療保険			
		要介護状態区分	認定の有効期間		
			平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日		
	精神障 害者 支援 施設	○ 総合相談室		事業者番号	
		□ 計画相談支援 □ 地域移行支援 □ 地域定着支援		1430901478	
	○ 精神科デイケア				
	□ 精神科デイケア				
	精神障 害者 支援 施設	○ 就労訓練		事業者番号	
		□ 長期コース (就労移行支援事業: 障害者総合支援法)		1410900623	
	□ 短期評価コース (1か月間)				
	○ 生活訓練		事業者番号		
□ 宿泊型自立訓練		□ 家族支援事業	1410900623		
□ 自立訓練 (生活訓練)		□ 見学体験入所	1410900623		
□ 短期入所 (ショートステイ)			1410900391		
		□ 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		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
備考 (連絡事項等)					