

(様式第 1 号)

移送制度利用申出書

年 月 日

保健センター所長 様

住 所

氏 名

対象者との続柄

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 34 条の規定による移送制度の利用を申し出ます。  
なお、移送制度適用の検討に際して行われる堺市職員による調査等に協力します。

対 象 者	住 所				
	氏 名	( 男 ・ 女 )			
	生年月日				
家 族 等 (申出者以外で対象者と係 わりを持つ親族等。成年後 見人、保佐人を含む。)	氏 名	続柄	同居/別居	住 所 (別居の場合)	
症 状 の 概 要 移送を希望する理由等  ( 既往症(精神障害)の ある者はその旨記入 すること )					

注) 本様式の提出によって移送制度が適用されるわけではありません。移送制度適用の可否は、本市職員による面接、訪問等の調査を実施した上で決定します。