

1. 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	〒
フリガナ 氏 名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日

2. 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所	〒	〒
フリガナ 氏 名		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
本人との関係		
〔 1 配偶者 2 父母（親権者である・ない） 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（ ） （選任年月日 昭和・平成 年 月 日） 〕		
なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。 ①本人と訴訟をした者、本人と訴訟をした者の配偶者又は直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人、補助人、③成年被後見人又は被保佐人、④未成年者		

※親権者が両親の場合は、両親とも署名の上記載して下さい。

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

病院管理者 殿

年 月 日

〇〇 〇〇 ㊟

〔 〇〇 〇〇 ㊟ 〕