様式第２号（第５条第１項関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

入院に関する証明書

下記の者は、精神保健及び精神障害福祉に関する法律

|  |  |
| --- | --- |
| 第20条第29条第１項第29条の２第１項第33条 | に基づく入院患者であることを証明する。 |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 病　　名 |  |
| 入院年月日 | 　　年　　月　　日 | 今後入院見込期間 | 　　年　　月 |
| 家族等 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

年　　月　　日

所在地

医療機関　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　㊞

（注）１　不要な文字は、抹消してください。

２　一の入院に対し２回目以後の申請の際は、この証明書は不要です