別記様式第31号の１（家族等同意の場合）

医療保護入院のための移送に関する同意書

１．医療保護入院のための移送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 | 　　年　　　　月　　　　日 |

２．医療保護入院のための移送の同意者の申告事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 | 〒 | 〒 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 | 　　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　　　　　　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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定に基づき、１の者を応急入院指定病院に移送することに同意します。

島根県知事　　　　　　　　様

 　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○　○○

別記様式第31号の２（市町村長同意の場合）

医療保護入院のための移送に関する同意書

　　　年　　　月　　　日

島根県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長

下記の者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定により応急入院指定病院に移送することに同意します。

記

居 住 地（又は現在地）

氏　　名

生年月日