退院後支援申込書

様式２－１

令和　　年　　月　　日

神奈川県○○保健福祉事務所長　殿

保健福祉事務所センター及び市保健所の場合は差し替えること

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　（記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　印　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※記入者が本人以外の場合のみ記入、押印願います。

　私は、退院後支援に関する計画（注1）に基づく支援の説明を受け、支援を受けることについて希望し、同意します。また、この支援を受けるにあたり、以下の事項につき同意します。

○保健所（保健福祉事務所及び同センター、市保健所）が退院後支援に関する計画を作成すること

　　○退院後支援に関する計画を支援関係者（注2）間で共有すること

　　○退院後は退院後支援に関する計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること

　　○支援関係者と退院後支援に必要な個人情報を共有すること

1. 退院後支援に関する計画とは、あなたが退院した後、あなたの希望に沿った医療等の支援を適切かつ円滑に受けることができるよう、必要な支援内容等を記載した書類のことです。退院後支援に関する計画は、措置解除時又は措置解除後に速やかに交付します。措置解除後に他の入院形態で継続入院となる場合は、継続入院からの退院前又は退院後速やかに、以前に交付された計画を見直します。
2. 支援関係者とは、市町村（別の市町村に帰住される場合には帰住先の自治体を含みます。）、医療機関、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者等の退院後支援計画に基づく支援の関係者を指します。個人情報については、神奈川県個人情報保護条例に基づいて適切に管理し、目的外に使用することはありません。