



入所，入院等の状況

審判の対象期間（再掲）	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設，医療提供施設等の名称	入所，入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

\*入所，入院等は「新潟市成年後見制度利用支援事業に関する事務取扱要領」第3条に掲げる以下のものに限ります。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）にいう保護施設
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）にいう障害者支援施設
- (3) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）にいう老人福祉施設
- (4) 介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護保険施設
- (5) 医療法（昭和23年法律第205号）にいう医療提供施設
- (6) 前各号の類似施設