様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（あて先）久御山町長

申請者　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　印

　　　　（対象者との続柄）

　　　　電話

身体障害者等訪問入浴サービス利用申請書

　久御山町身体障害者等訪問入浴サービス事業実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり訪問入浴サービスの利用を申請します。

　なお、当該サービスを利用するにあたっては、久御山町が私及び私の世帯の所得状況、課税状況等の個人情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利  用  者 | 氏　　名 |  | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳） | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | 都 道 府 県（市）　第　　　　　号　　　級 | | |
| 障害名 | |  | | |
| 利用する事業所 | |  | | |
| 申請理由 | |  | | |
| 備考 | | | | | |

　添付書類　身体障害者等訪問入浴サービス意見書（様式第２号）

　　　　　　障害者手帳の写し

様式第２号（第５条関係）

身体障害者等訪問入浴サービス意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 性別 |  | 生年  月日 | 年　 月 　日  （満　　歳） |
| 住所 |  | | | | | |
| 治療中の病気 | |  | | | | |
| 既往歴 | |  | | | | |
| 感染症の有無  有の場合は具体的に記入してください。 | | 有　　　　・　　　　無 | | | | |
| 上記項目が有の場合は具体的に記入してください。 | |  | | | | |
| 入浴の可否 | | 可　　　　・　　　　否 | | | | |
| その他特記事項 | |  | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　年　　月　　日  医療機関　名　称  　　　　　所在地  　　　　　医師名　　　　　　　　　　印 | | | | | | |