

訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

訪問入浴サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|                  |       |       |  |         |
|------------------|-------|-------|--|---------|
| 申<br>請<br>者      | フリガナ  | ----- |  | 生 年 月 日 |
|                  | 氏 名   |       |  | 年 月 日   |
|                  | 居 住 地 | 〒     |  |         |
|                  |       | 電話番号  |  |         |
| 身体障害者<br>手帳番号    |       | 障害名   |  |         |
| そ の 他<br>特 記 事 項 |       |       |  |         |

|   |                        |                      |     |                 |            |                 |
|---|------------------------|----------------------|-----|-----------------|------------|-----------------|
| 他<br>の<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>利<br>用<br>の<br>状<br>況 | 障 害 福 祉<br>関 係 サ ー ビ ス | 障 害 支 援<br>区 分 の 認 定 | 有・無 | 区 分 1 2 3 4 5 6 | 有 効<br>期 間 |                 |
|   |                        | 利用中のサービスの種類と内容等      |     |                 |            |                 |
|   | 介 護 保 険                | 要 介 護<br>認 定         | 有・無 | 要 介 護 度         | 要 支 援 ( )  | 要 介 護 1 2 3 4 5 |
|   |                        | 利用中のサービスの種類と内容等      |     |                 |            |                 |
| 支 援 の 内 容   |                        |                      |     |                 |            |                 |

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） |         |  |
| フリガナ   | -----   | 申請者との関係 |  |
| 氏 名    |   |         |  |
| 住 所    | 〒   |         |  |
|        | 電話番号  |         |  |

（注）医師の診断書を添付してください。