

訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第 45 条の規定により医師の診断書を添えて下記のとおり申請します。なお、支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承認します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	電話番号 ()			
フリガナ		生年月日	年 月 日		
支給申請に係る 児 童 氏 名					
		続 柄			
身体障害者 手帳番号		療育手帳番号		精神保健福 祉手帳番号	
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般			

希望利用日等	毎週・第 曜日（週・月 回） 時 分～ 時 分		
家族の状況（入浴を希望する者を除く。）		住宅案内図（別紙地図）	
氏 名	続柄	生年月日	
主治 医	医 療 機 関 名	医 師 名	入浴サービスの 当日の介添者
寝たきりとなった時期		年 月頃から	
現 在 の 傷 病 名 及 び 治 療 概 要			

以下、申請者と申請書提出者が異なる場合に記入ください。

申請書 提出者	フリガナ		申請者との 関 係	
	氏 名			
	居 住 地	☐ 申請者と同じ		電 話 番 号
通知書等送付先		☐ 申請書提出者（申請者以外を希望する場合は ☒ してください。）		

申請者欄及び申請書提出者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。