別記様式第1号

訪問入浴サービス事業利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | 生年月日 |  | |
| 氏名 |  | | |
| 居住地 |  | | | 個人番号 |  | |
| フリガナ | |  | | | 生年月日 |  | |
| 支給申請に係る児童氏名 | |  | | |
| 続柄 |  | |
| 身体障害者手帳 | |  | 療育手帳 |  | | 精神保健福祉手帳 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害程度区分 |  | | | 有効期間 | |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護度 |  | | | 有効期間 | |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| 申請する支援の内容 | 利用希望回数 | | | |  | | | |
| 週　　回 | | | |
| 申請に係る具体的内容 | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて訪問入浴サービス事業を申請します。  　またこの申請に関して士幌町が必要とするときは、私の世帯の課税・所得状況について確認(照会)されることを承諾します。  　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | | | | 住所  氏名 | |
| 士幌町長　様 | | | | | | | | |