様式第1号（第9条関係）

丸亀市身体障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

丸亀市長　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | | |  | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 個人番号： | | | |
| 居住地 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | |  | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | |  | | | | |
| 療育手帳番号 | | | | |  | | | | 自立支援医療(精神)番号 | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用の状況 | | 地域生活支援福祉サービス | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護給付訓練等給付 | | 障害支援区分の認定 | | 有・無 | 区分 １ ２ ３ ４ ５ ６ | | | | | | | | | 有効期間 | | | 年　月　日から  　　　　年　月　日まで | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | | □生活保護受給者　　□生活保護受給者以外 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問入浴を必要とする理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望回数（いずれかに○を付けて下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 週（　1　・　2　）回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書提出者 | | | □申請者本人　　□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 | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調査同意書  丸亀市身体障害者訪問入浴サービス事業の利用の決定に必要な場合には、この申請に係る世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を丸亀市長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 申請者氏名 | | | | |  | | | | | | | |  |