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 |  |  |