

入浴サービス利用申請書

(あて先) 一宮市福祉事務所長

申請者 (保護者)

住所 一宮市

氏名

印

(本人自署または記名押印)

電話

— —

本人が入浴を希望するので、保護者として承諾のうえ申請します。

入浴希望者名		・	・	生	続柄	本人
当日介助者名		・	・	生		
希望事業者名		電	話			
自宅で入浴困難になった時期 年 月 頃 手帳番号 第 号 障害の部位 等級 級	医師の確認 (主治医等が記入すること) 入浴可 入浴不可 確認した病院名 医師名 連絡先 ( ) — 退院予定日					
世帯の状況	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

※以下、職員記入欄

・来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 (続柄 ) <input type="checkbox"/> その他 (氏名 続柄 )
・確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )