

訪問入浴サービス利用申請書

年 月 日

福祉事務所長 殿

住所
申請者 氏名

印
(対象者との続柄)

下記のとおり、訪問入浴サービスの利用を申請します。
利用者負担額減額等の決定に必要があるときは、私及び私と同一世帯・同一生計にある者の市民税課税状況等について、税務関係当局に調査することに同意します。

対象者	氏名			男・女	生年月日	年 月 日
	住所				電話番号	
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
介 護 人	氏名	続柄	年齢	略図		
現在の病気やけがの有無	有・無（有に○をつけた場合は下欄にその傷病名を記入のこと）					
主治医	病(医)院名			氏名		
利用希望回数	1月当たり		回程度			