

身体障害者訪問入浴事業利用登録申請書及び同意書

年 月 日

富士宮市長

住 所 富士宮市

申請者

氏 名

下記のとおり、身体障害者訪問入浴事業を受けたいので申請します。

また、利用者負担額算定のため、担当職員が、世帯員の状況及び市民税課税状況について調査することに同意します。

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|------|------|-----|-----------|----|--|
| 対象者 | 住 所 | 富士宮市 | | | 電話 | — | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | | 年 月 日(歳) | | |
| 身体障害者手帳 | 手帳番号 | 静岡県 | 号 | | 年 月 日交付 | | |
| | 障 害 名 | | | | | 級 | |
| 希望する理由 | | | | | | | |
| 介 護 保 険 | 非該当 ・ 要介護度 1 2 3 4 5 ・ 要支援 | | | | | | |
| 現 症 状 及 び 現在治療の状況 | | | | | | | |
| 治 療 中 の 医 療 機 関 | | | | | | | |
| 介 護 者 の 状 況 | 有 (介護者名) ・ 無 | | | | | | |
| 住 宅 の 状 況 | 自家・借家・アパート・公営住宅・社宅・その他 () | | | | | | |
| 世帯状況 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 氏 名 | 続柄 | 年齢 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 緊急連絡先 1 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | | | | |
| 緊急連絡先 2 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 | | | | |

※利用者負担額の調査に同意できない場合、世帯員全員の市民税額通知書(写)又は所得証明を添付すること