訪問入浴サービス利用申請書

　年　　　月　　　日日中一時支援利用申請書

　西海市福祉事務所長　様

下記のとおり障がい者等訪問入浴サービス事業を利用したいので申請します。

障がい者等訪問入浴サービス利用決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、障害者手帳資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者又は保護者 | ふりがな | 　　　　 | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 対象児童 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 利用日数 | １か月あたり　　　　　日 |
| 希望する理由 |  |
| 身体障害者手帳 | 　第　　　　　号　（交付日：　　　　年　　月　　日） |
| 障害等級 | 一種・二種　　 　級 | （部位別等級及び障害名） |
| 利用対象者の状況 | ①歩行　　　　自立・一部介助・全面介助②移乗　　　　自立・一部介助・全面介助③座位保持　　自立・一部介助・全面介助④衣服着脱　　自立・一部介助・全面介助 |
| 該当する所得区分 | 生活保護・非課税・課税(所得割)〔3万3千円未満・23万5千円未満・23万5千円以上〕 |
| 現在利用中の福祉サービス(介護保険を含む) | １　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）２　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）３　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　） |