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（　　　　　） | | |