訪問入浴サービス利用申請書

　　年　　月　　日

美郷町長　　様

申請者　住　　所

氏　　名

対象者との続柄

電話番号

美郷町訪問入浴サービス事業実施要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　　象　　　者 | 氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | | | | 性　別 | | | 男・女 | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | 県号 | | | | 年　　月　　日交付 | | | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | | | | | | | | 障害等級 |
| 級 |
| 施設入所希望の有無 | | | | | 希望する（　　　　　　　　　　　　　）　・　希望しない | | | | | | | | | | |
| 世　帯　の　状　況 | 氏　　　　　　名 | | | | | 続柄 | | 生 年 月 日 | | 職　業 | | | | 備　考 | | |
|  | | | | | 本人 | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |
| ※入浴時に立ち会う方の備考欄に「介助者」と記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族以外の協力者の有無 | | | | | 有（氏名　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　）　・　無 | | | | | | | | | | | |
| 入浴希望回数 | | | 月　　　回 | | | | | | | | | | | | | |
| 入浴車の駐車場　自宅前に駐車　　　　　できる　　　　　　できない  　　　　　　　　駐車場地点から入浴する部屋までの距離　　約　　　　ｍ | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 委　　任　　状  　　年　　月　　日  代理人　住所  氏名  を代理人と定め、下記の事項を委任します。  委任内容　　訪問入浴サービス事業　の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い  委任者　住所  氏名  本人確認欄  番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号付き）  □番号確認書類なし　□拒否　※　拒否は、申し出があった場合とする。  身元確認　□運転免許証　□健康保険証の被保険者証＋年金手帳　等  　　　　　□個人番号カード　□障害者手帳  □人違いでないことを確認　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  本人確認担当者　氏名 |

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  地域生活支援事業（訪問入浴サービス事業）の利用申請にあたり、利用者負担割合の認定に必要である下記事項について貴職が調査することに同意します。  【同意事項】　・利用（予定）者と同一の世帯に属する者  ・同一の世帯に属する者全員の市町村民税課税額  　　年　　月　　日  　　美郷町長　　様  　【利用（予定）者氏名】  　【同意者】  　 　住　所  　 　氏　名  （対象者との関係　　　　　　　　　　　）  ※この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に属する家族が記名してください。 |