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。

訪問入浴サービスの利用申請の決定のため、対象者の世帯の住民登録資料、税務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。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　　象　　　者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳）　　　 |
| 住所 |  | 個人番号 |  |
| 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 | 週　　　回　　※最大週３回まで |
| 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　□個人番号カード　□運転免許証　□障害者手帳　　　　　□健康保険の被保険者証＋児童扶養手当証書　等□人違いでないことを確認　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）本人確認担当者　氏名　　　　　　　　　　 |