

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 _____