

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<br>象<br>者                    | 氏 名                |                  |         | 生 年 月 日 | 年 月 日<br>( 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<br>帯<br>の<br>状<br>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な  
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。