様式第１号(第５条関係)

訪問入浴サービス利用申請書

　　年　　月　　日

　　　会津美里町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住　　所 |  |
| 申　　請　　者 | 氏　　名 |  |  |
| (世帯主・保護者) | 電話番号 |  |  |

　　　訪問入浴サービスを利用したいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 男 | 生 | 歳 |
| 利用開始希望日 | 　　　　から　 |
| 利用希望回数等 | 週　　回　　曜日 又は　 月　　回　　　日ごろ時間帯　　午前　時ごろから　時ごろまで　　　　　午後　時ごろから　時ごろまで |
| 利用者の状態 |  |
| 心身障がいの状況 | 障がいの部位　 | 視覚 | 聴覚 | 言語 |
| 現在の病状 | ( )病状が固定し、特に医師等の診療を受けていない。( )病状は固定しているが、時々医師の診察を受けている。病院名(　　　　　　病院)　 (　)定期的に診察治療を受けている。病院名(　　　　　　病院)　　　　 |
| 訪問入浴サービス時の家族の介助 | 　　　　　 |
| 訪問入浴サービス利用誓約書及び同意書会津美里町訪問入浴サービス事業のサービスを受けるに当たり、対象者の身体の状況等に急変があつた場合において、入院その他必要と認める措置をとることについて同意し、その措置に要する費用等については私儀において負担します。また訪問入浴サービス利用に係る自己負担額決定のために必要がある時は、利用者及び利用者の扶養義務者に係る市町村民税の課税状況・所得状況について、会津美里町町民税務課所管の関係資料を閲覧することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日会津美里町長 |
| 申請者住所： |  |
| 氏名： | 　　 |
| 処　理　欄(ここは、申請者は記入しないでください。) |
| 　調査を実施したところ利用可・利用不可と認められるので決定してよろしいか伺います。　　　　　　　　　年　　月　　日 担当者氏名 　　　 |