様式第１号（第５条関係）

重度身体障害者訪問入浴サービス申請書

年　　月　　日

　（宛先）藤岡市長

（申請者）住所

　氏名

　続柄

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　次のとおり訪問入浴サービスの利用を申請します。

　　なお、利用者負担額の算定のため、私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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 障害名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 手帳番号 | 第　　　　　号 | | |
| 等級 | 第　　　種　　　級 | | |
| 世帯員の状況 | 氏名 | | | 続柄 | | | 年齢 | | | 職業 | | | | | | | 当該年度市民税所得割額 | | | 備考 |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | 円 | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | 円 | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | 円 | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | 円 | | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | 円 | | |  |
| 申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５月から１０月までの間の希望実施回数 | | ／週 | | | | | | | | 他のサービスの利用状況 | | | | | | |  | | | |
| （添付書類）　　１　医師の診断書（様式第２号）　　２　誓約書（様式第３号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　注　市民税所得割額は、１月１日から６月３０日までの間の申請については前年度分の額を記入すること。