

様式第 1 号（第 7 条関係）

瑞浪市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

瑞浪市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

また、本申請による利用者の生活状況及び医師の診断書（意見書）について、事業者へ情報提供することについて承諾します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	居住地	〒				
		電話番号				
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	続柄					
身体障害者手帳 番号		障害種別		等級		
負担上限月額に 関する認定	1 生活保護世帯及び市民税非課税世帯 2 障害者で世帯の市民税所得割額の合計が16万円未満の者 3 障害児で世帯の市民税所得割額の合計が28万円未満の者 4 市民税課税世帯で 2 及び 3 以外の者					

サービス利用の 状況	障害福祉 サービス	障害支援 区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要 介 護 認 定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5	
利用中のサービスの種類と内容等						
申請する 支援の内容						

届出者	フリガナ			☐ 申請者 ☐ 申請者以外	申請者との関係
	氏 名				
	住 所	〒			
電話番号					

※負担上限に関する認定については、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(裏面)

利用者の生活状況調査

生活 の 状 況	歩 行	自立 ・ 杖使用 ・ つかまり歩き ・ 歩けない
	行 動 範 囲	単独外出 ・ 家の周り ・ 屋内のみ ・ 床の上
	床 上 動 作	正座 ・ 腰掛け ・ 座位介助 ・ 寝返り（可・不可）
	食 事	箸 ・ スプーン ・ 手づかみ ・ 全介助
	排 泄	自立 ・ トイレまで介助 ・ ポータブル ・ おむつ
	入 浴	自立 ・ 浴場まで介助 ・ 洗ってもらう ・ 全介助
	着 脱 衣	自立 ・ 少し手を貸す ・ ほとんど手を貸す ・ 全介助

誓 約 書

本事業の利用を申請するにあたり、次のことを遵守することを誓約します。

1. 訪問入浴サービスの利用にかかる事故等については、自己と事業者で協議し、瑞浪市には一切ご迷惑はおかけしません。
2. 入浴をする際は、必ず1人以上の立会人を付け、入浴に立ち会うとともに従業員の指示に従います。
3. 入浴することにより身体に悪影響を及ぼすおそれがあるときは、即時中止されても異議は申しません。

年 月 日

署名 _____