

様式第1号（第5条関係）

あわら市訪問入浴サービス事業利用申請書

あわら市長 様

あわら市訪問入浴サービス事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名	個人番号：					
	居住地	〒		電話番号			
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	利用申請に係る障害児氏名	個人番号：			続柄		
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
世帯状況	氏名	続柄	生年月日		電話番号	勤務先等連絡先	
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
緊急時の連絡先	氏名		電話番号				
かかりつけの医療機関	医療機関名						
	医師名						
	電話番号						
申請する支援の内容	希望利用回数 回／月						
他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6			有効期限
		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 1 2		
利用中のサービスの種類と内容等							

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 負担額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

※ 支給決定のため、市県民税の課税状況を税務課に確認を求めることに同意します。