

様式第1号(第5条、第8条関係)

年 月 日

(宛先)春日市福祉事務所長

春日市身体障害者訪問入浴サービス費支給(変更)申請書

春日市身体障害者訪問入浴サービス費支給事業実施要綱(第5条・第8条第1項)の規定により、医師の診断書を添付の上、次のとおり申請します。

なお、訪問入浴サービス費の支給の(変更)決定のため、私の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の利用並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

申請者	ふりがな					生年月日	年 月 日	
	氏名							
	住所						電話番号	
支給申請に係る児童の氏名	ふりがな					生年月日	年 月 日	
						続柄		
身体障害者手帳番号								
利用中のサービス	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			
		1 居宅サービス		2 通所サービス				
利用中のサービス	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
		1 居宅サービス		2 通所サービス				
訪問入浴サービスの利用回数		回/月						