様式第１号(第５条関係)

訪問入浴サービス事業利用申請書

大木町長　様

年　　月　　日

次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">対象者との関係</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2">印</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">利用者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">電話番号</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">該当する所得区分</td><td colspan="5">1 被保護世帯　2 町民税非課税世帯　3 町民税課税世帯</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害者手帳の有無</td><td colspan="2">有　・　無</td><td>手帳の種類</td><td colspan="2">身障　・　療育　・　精神</td></tr>
<tr><td rowspan="3">サービスの利用状況</td><td>居宅サービス</td><td colspan="5">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td>施設サービス</td><td colspan="5">利用中の施設名等</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険</td><td>要介護認定</td><td>有･無</td><td>要介護度</td><td colspan="2">要支援・要介護　１２３４５</td></tr>
<tr><td colspan="5">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望回数</td><td colspan="5">月　　回</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望事業者名</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

※この申請に係る利用者負担額決定のため、生活保護の有無を調査することに同意します。

様式第２号(第５条関係)

入 浴 可 否 医 師 意 見 書

事業利用の申請者	氏　　名		性　　別	男　・　女
	生　年　月　日	年　　月　　日		
	住　　所	電話番号		
	病　　名			
	入 浴 の 可 否	可　　・　　否		

血　　圧	通常血圧値	上　　限	下　　限
感染症の有無	有（病名　　）・　無		
じょくそうの有無	有　・　無		
胃ろう・膀胱・カテーテル等の有無	有（　　）・　無		
入浴についての注意事項			

記入日　　年　　月　　日

住　　所　　電話番号

医療機関名

医　師　名　　印