様式第１号

訪問入浴サービス事業利用申請書

年　　月　　日

長井市福祉事務所長　あて

次のとおり、訪問入浴サービス事業の利用を申請します。

申請者　住所
氏名　　㊞
（対象者との関係　　）

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者</td><td>住　　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>性　別</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3" colspan="2">身体障害者手帳</td><td>手帳番号</td><td>第　　号</td><td>交　付
年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>障害種別</td><td></td><td></td><td>等　　級</td><td>級</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾　病　等</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" 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　１　２
要介護　１　２　３　４　５</td></tr>
<tr><td colspan="5">利用中のサービスの種類と内容</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">家族構成</td><td>続柄</td><td>氏名</td><td>年齢</td><td>職業</td><td>摘要</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>