

様式第 20 号 (別記 7 の 5 関係)

志賀町身体障害者訪問入浴サービス利用申請書

年 月 日

(あて先)
志賀町長様

申請者 氏名 ㊟
(利用者との続柄)
 住所 志賀町
 電話番号

次のとおり訪問入浴サービスを受けたいので、志賀町地域生活支援事業実施要綱(別記7の5)の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、内容の審査に当たり、世帯員全員の所得税及び町民税の課税状況について調査を行うことを承諾します。

サービス 必要とす る者	住所	志賀町					
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	(歳)	
	身体障害者手帳 (県第 _____ 号 種 _____ 級) (障害名 _____) その他(病名 _____)						
世帯 員 の 状 況	氏名	続柄	性別	年齢	職業	前年所得税額 当該年度町民税額	生 計 中 心 者

添付書類 1 主治医の意見書(様式第2号)

2 承諾書(様式第3号)

様式第 21 号(別記 7 の 5 関係)

意 見 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

1 既往症及び現症

入院治療の必要の有無

有()・無

2 感染症の有無

有()・無

3 入浴

入浴サービスを受けても支障がないか。

有・無

4 入浴実施時の指示について

血圧

体温

処置

その他

上記のとおり診断する。

年 月 日

医師

住 所

医療機関

氏 名

様式第 22 号(別記 7 の 5 関係)

承 諾 書

入浴する際は、下記事項を固く守ることを誓約いたします。

記

- 1 病気その他の理由により入浴することができないときは、入浴する日の前日までにその旨の届出をします。
- 2 入浴する際は、必ず 1 人以上の介助者が入浴に立ち会います。
- 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ありません。
- 4 その他、実施者の指示に従います。

年 月 日

(あて先)

志 賀 町 長 殿

(利用者)住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日
(歳)

(保証人)住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日
(歳)
利用者との関係 _____