

西尾市身体障害者訪問入浴サービス申請書

（宛先）西尾市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。また、以下の事項について同意します。

- ・支給決定に必要な申請者及び親族の所得状況、世帯状況等の調査について、西尾市が必要に応じて公簿（電子計算機の記録情報を含む）等によって確認することや関係機関へ照会すること。
- ・サービス提供に必要な申請者等の情報をサービス提供事業者に提供すること。
- ・西尾市地域生活支援事業における身体障害者訪問入浴サービス事業に関して代理受領を行うこと。

申請者氏名

申請者 (障害者本人ただし18歳未満の場合は保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
		電話		
フリガナ			生年月日	年 月 日
障害児氏名 (18歳未満の場合)				
		続柄		
身体障害者手帳番号		等級		
障害名				
付添人				
申請理由				
主治医	病院名			
	医師氏名			
派遣希望回数	回/月(週2回まで)			

※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	フリガナ		<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒		
		電話		