

寒川町訪問入浴サービス費支給申請書

記入例

利用者が18歳以上の場合は本人と配偶者、18歳未満の場合は世帯全員に非課税収入がある場合は し、収入額が分かる書類の写しを

申請者欄に書かれた方の氏名等を記入して下さい。

利用者が18歳未満の場合のみ記入して下さい。

お持ちの手帳に し、等級を記入してください。

記入不要

令和 年 月 日

記入不要

(あ) 利用者が18歳以上の場合は本人氏名等、18歳未満の場合は保護者の氏名等を記入ください。

申請者 住所 寒川町宮山165
氏名 寒川 一郎 印

訪問入浴サービス費の支給について、次のとおり申請します。
 申請にあたり、所得・資産等の状況を公簿等により確認することに同意します。
 申請にあたり、所得証明等を添付します。

受給者	フリガナ	サムカワ イチロウ		生年月日	1990年1月1日							
	氏名	寒川 一郎										
	居住地及び連絡先	寒川町宮山165		電話番号 0467-74-1111								
利用者	フリガナ	サムカワ タロウ	受給者からみた続柄	子	生年月日	2010年4月4日						
	氏名	寒川 太郎										
対象となる要件	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1種 1級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1 A2 B1 B2) <input type="checkbox"/> 更生相談所等における知的障害等判定書等 (IQ)		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 障害年金(精神障害事由による) (級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(精神通院)									
支給開始希望日	令和 4 年 4 月 1 日											
他のサービス利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	年 月 日
		利用中のサービス内容										
介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()		要介護	1	2	3	4	5	
		利用中のサービス内容										

備考 当該申請の利用に児童に係る場合、利用者の欄には児童、受給者の欄にはそれに係る保護者について記入してください。