

第1号様式(第4条関係)

寒川町訪問入浴サービス費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先)寒川町長

申請者 住所
氏名 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			生年月日								
	氏名											
	居住地及び連絡先			電話番号								
利用者	フリガナ	受給者からみた続柄			生年月日							
	氏名											
対象となる要件		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 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				年 月 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	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。