

様式第1号（第4条関係）

堺市訪問入浴サービス支給申請書

堺市長殿

堺市訪問入浴サービス事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり訪問入浴サービスの申請をします。
 なお、利用者負担上限月額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | |
|------------------|-----------------------------|--------|------|---------------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 氏名 | | 個人番号 | |
| | 居住地 | 〒 電話番号 | | |
| 支給申請に係る 児童氏名※ | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 児童氏名 | | 個人番号 | |
| | | | | 続柄 |
| 身体障害者 手帳番号 | 第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部) | | | |
| 利用を希望する 理由 | | | | |

※ 18歳以上の場合、記入不要。

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| 負担 上限 月額 | <input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、 空欄とすること。) | | | |
| | 1 | 生活保護受給世帯に属する者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている者 | | |
| | 2 | 市町村民税非課税世帯に属する者 | | |

注意 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者とする。

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ | | 申請者 | |
| 氏名 | | との関係 | |
| 居住地 | 〒 電話番号 | | |