

様式第 1 号（第 4 条関係）

堺市障害児施設入浴サービス支給申請書

堺 市 長 殿

堺市障害児施設入浴サービス事業実施要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり障害児施設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	
	氏 名				
	居 住 地	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
支給決定に係る 障 害 児 氏 名					
		続 柄			
身 体 障 害 者 号 手 帳 番 号	第 号（ 級）（視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部）				
療 育 手 帳 番 号	第 号 障害程度（ A ・ B 1 ・ B 2 ）				
利 用 を 希 望 す る 理 由					
か か り つ け 医 療 機 関	医療機関名			主治医	
	住所			電話番号	
緊急時の保護者 等 の 連 絡 先	①	氏名		氏名	
		続柄（ ）		続柄（ ）	
		住所		住所	
		電話番号		電話番号	
	②				

同居の家族の状況

氏 名	対象者から みた続柄	年 齢	職 業	備 考

負担 上限 月額	☐ 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世帯
	2 市町村民税非課税世帯に属する者

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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	
住 所	〒 電話番号		