

堺市障害児施設入浴サービス利用申請書

年 月 日

堺 市 長 殿

(申請者) 住所

氏名

電話番号

堺市障害児施設入浴サービス事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり施設入浴サービスの利用を申請します。

障 害 児	氏 名		生年月日		男 ・ 女
	住 所				
日常介護している者の氏名				続 柄	
身体障害者手帳 療 育 手 帳	障 害 名			等 級 等	
申 請 理 由					
利用希望施設	名 称				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
か かり つ け 医 療 機 関	医療機関名 住所		主治医 電話番号		
緊 急 時 の 保 護 者 等 の 連 絡 先	①	住所 電話番号	氏名	続柄 ( )	
	②	住所 電話番号	氏名	続柄 ( )	

(注意) 申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

このサービスの利用に当たり、堺市において、課税状況、健康状況等について調査すること、及び利用が決定した場合は、堺市障害児施設入浴サービス事業実施要綱第6条の規定により堺市障害児施設入浴サービス利用決定（却下）通知書の写しを利用希望施設に送付することに同意します。

氏名