様式第1号(第5条関係)

訪問入浴サービス事業利用（新規・継続・変更）申請書

令和　　年　　月　　日

坂井市長　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

対象者との続柄　（　　　　　）

　次のとおり訪問入浴サービス事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 坂井市 | | | 電話番号 |  | |
|  |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日  (満　　歳) | |
| 障害者手帳 | | | 身体  療育　　　　　　　第　　　　　　　　　号  精神 | | | | 障害支援区分 |
| 区分 |
| 指定難病 | | | 病名（　　　　　　　　　　）医療費受給者証（　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 氏名 | | | 続柄 | 住所（利用者と異なる場合） | | | 緊急連絡先 |
|  | | |  |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  |
| 訪問入浴を  希望する  理由 | | |  | | | | | |
| 希望利用回数 | | 週(　　)回　・　２週１回　・　月１回　・　その他(　　　　　) | | | | | | |
| 家庭での  入浴状況 | | １　家族介護による入浴（　　日に一度）　２　清拭のみ  ３　ヘルパーによる入浴（　　日に一度）　４　いずれもほとんどできない | | | | | | |
| 他事業での入浴状況 | | １　生活介護　２　日中一時支援　３その他　（合計：月・週　　　　回　） | | | | | | |
| 主治医 | | 所　在　地 | |  | | 電話番号 |  | |
| 医療機関名 | |  | | 医師名 |  | |

|  |
| --- |
| ①利用者負担額の決定に当たり必要となる対象者及びその者が属する世帯の世帯員の収入状況等について、関係部署に照会し確認すること  ②利用対象者身体状況等調書、入浴診断書・意見書の全部又は一部、その他必要な情報を坂井市から受託事業者に提示すること  上記に同意します。  同意者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 移動浴槽車の訪問先について（新規登録・変更登録） | | |
| 家屋の状況 | 家屋の形態 | １　木造・鉄筋平屋建  ２　木造　　　階建（アパート・その他）　　階  ３　鉄筋　　　階建（公団・マンション・その他）　　階 |
| 浴槽搬入口 | １　玄関　　２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給排水場所 | １　浴室　　２　洗面所　　３　その他（　　　　　　　　　　） |
| 入浴場所 | １　和室　　畳　　２　洋室　　畳　　３　その他（　　　　　　　） |
| 移動浴槽車駐車場所 | １　自宅　　　　２　近隣地　　　３　路上 |
| 駐車場所から入浴場所までの距離 | 約　　　　　　　ｍ |
| 自宅までの略図（付近の目標等を記入してください） | | |
| 入浴場所位置図（入浴する部屋を中心とした部屋の見取図） | | |