

様式第1号（第4条関係）

京丹波町障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

京丹波町長 様

申請者
住所
氏名 (印)
(対象者との続柄)
電話番号

下記のとおり、京丹波町障害者訪問入浴サービス事業の利用を申請します。

対 象 者	(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	京丹波町		
	身体障害者手帳	種 級 (障害名)		
	その他			
申 請 理 由				
入 浴 希 望 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅			
	<input type="checkbox"/> 障害者福祉サービス等事業所 ()			
	障害者福祉サービス等事業所での入浴を希望する理由			

※この申請書には、入浴することの可否に関する医師の診断書を添付してください。

