　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　新規　・　継続　・　変更　）

訪問入浴サービス事業利用申請書

令和　　　年　　月　　日

小山市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　訪問入浴サービス事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | 氏　　名 | | |  | | | | | | | |
| 住　　所 | | | 小山市 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 昭和  平成　　　　　年　　　月　　　日  令和 | | | | | | 年　齢 | 歳 |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | |
| 同居家族 | | 氏　　　名 | | | | | 続　柄 | 年　齢 | 備　　　　考 | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | | | |
| 利用希望 | | 利用開始希望日 | | | | 年　　　　　月　　　　日から | | | | | | |
| 利用希望回数 | | | | 月　　　回  （月１５回まで） | | 希望曜日　　　　　　　　曜日 | | | | |
| 緊急連絡先 | | | 氏名 | |  | | | 電話番号 | |  | | |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 主治医 | 医療機関 | | |  | | | | 診断書 | | 有　・　無  （新規申請時は必須） | | |
| 医　　 師 | | |  | | | |