

様式第1号（第4条関係）

身体障害者訪問入浴サービス申請書

年 月 日

能代市長 様

申請者 住所
氏名

次のとおり身体障害者訪問入浴サービス事業による入浴サービスを受けたいので、申請いたします。

入浴を必要とする者

氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女

入浴を希望する理由

本人の状況		障害程度
その他の状況		

入浴希望内容

1月当たりの入浴回数	
1回当たりの入浴時間	

世帯員の状況

氏名	入浴対象者との続柄	生年月日	性別	職業	前年所得税の税額	備考

同意書

身体障害者訪問入浴サービスの利用者負担額の決定のために必要があるときは、私と私の属する世帯の所得税の課税状況につき、能代市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日

氏名

