

多賀城市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

多賀城市福祉事務所長 殿

申請者住所
氏名
電話番号 ()

多賀城市障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第 6 条の規定に基づき、下記のとおり訪問入浴サービスの利用を申請します。

		記					
対象者	氏 名				生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所						
	手帳番号等	県 第 号 種 級					
家族の状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	備 考		
入浴時の付添人							