第１号様式（第３条関係）

四日市市身体障害者訪問入浴サービス利用申請書

四日市市長

身体障害者訪問入浴サービスの利用について、次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 住　所 | | | 四日市市  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 |  |
| 利用申請に  係る児童氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個 人 番 号 | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 利 用 希 望 利用を希望する事業の□にチェック | | | | 週　　　　回 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 状 況 | | | | 氏名 | | | | | | | | 続柄 | | | | 職業（勤務先）・連絡先等 | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 身体状況・精神状況等 | 視力 | 普通 ・ 見えにくい ・ 困難 | | | | | | | | | | 移動 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 聴力 | 普通 ・ 聞こえにくい ・ 困難 | | | | | | | | | | 排泄 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| ことば | 普通 ・ 話しにくい ・ 困難 | | | | | | | | | | 食事 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 床ずれ | 無 ・ 有〔軽度 ・ 重度〕 | | | | | | | | | | 入浴 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| おむつ | 不要 ・ 時々使用 ・ 常時使用 | | | | | | | | | | 着替え | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 車いす | 不要 ・ 時々使用 ・ 常時使用 | | | | | | | | | （車いすに座っていること）　可能 ・ 不可能 | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 級・障害名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他介護上の注意点、利用希望などの特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（添付書類）1　対象者本人及び扶養義務者の所得・課税証明書（控除額の明細等全て記載のあるもの。同意により市で確認できる場合は不要）

2　医師の診断書

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　印 |

第１号様式（第３条関係）

**記入例**

四日市市身体障害者訪問入浴サービス利用申請書

四日市市長

**大人：サービスを利用している方の氏名を記入してください。**

**児童：保護者の氏名を記入してください。**

身体障害者訪問入浴サービスの利用について、次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　○○年△△月××日

**利用者負担額を決定するために、個人情報（住民基本台帳、税情報等）を確認する必要があります。同意書に申請者（児童の場合は保護者）の署名、押印をいただくことで、住民票、課税証明書の提出は必要ありません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | | | ヨッカイチ　タロウ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和○○年△月×日 |
| 氏　名 | | | 四日市　太郎 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 住　所 | | | 四日市市諏訪町○番△号  電話番号　◎×△-×××○ | | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | | | | ヨッカイチ　ハナコ | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | 長女 |
| 利用申請に  係る児童氏名  **大人：記入の必要はありません。**  **児童：サービスを利用するお子さまの氏名を記入してください。** | | | | 四日市　花子 | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 平成△△年◎月××日 |
| 個 人 番 号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 利 用 希 望 利用を希望する事業の□にチェック | | | | 週　　△　　回 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世 帯 状 況 | | | | 氏名 | | | | | | | 続柄 | | | | 職業（勤務先）・連絡先等 | | | |
| 四日市　花江  四日市　次郎 | | | | | | | 妻  長男 | | | |  | | | |
| 身体状況・精神状況等 | 視力 | 普通 ・ 見えにくい ・ 困難 | | | | | | | | | 移動 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 聴力 | 普通 ・ 聞こえにくい ・ 困難 | | | | | | | | | 排泄 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| ことば | 普通 ・ 話しにくい ・ 困難 | | | | | | | | | 食事 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 床ずれ | 無 ・ 有〔軽度 ・ 重度〕 | | | | | | | | | 入浴 | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| おむつ | 不要 ・ 時々使用 ・ 常時使用 | | | | | | | | | 着替え | | | | 自力で可能 ･ 部分的に介助 ･ 全面的に介助 | | | |
| 車いす | 不要 ・ 時々使用 ・ 常時使用 | | | | | | | | | （車いすに座っていること）　可能 ・ 不可能  **当てはまる選択肢に○を付けてください。** | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | １　級・障害名　　○○による□□障害 | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他介護上の注意点、利用希望などの特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（添付書類）1　対象者本人及び扶養義務者の所得・課税証明書（控除額の明細等全て記載のあるもの。同意により市で確認できる場合は不要）

2　医師の診断書

**本人が署名する場合は押印の必要はありません。本人以外が代筆する場合は押印が必要です。**

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  　　　○○年　△月　□日  氏名　　四日市　太郎　　印 |

第１号様式（第５条関係）

四日市市重度障害者等就労支援特別事業利用申請書

　四日市市長

　重度障害者等就労支援特別事業の利用について、次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏名 | | |  | | |
| 住所 | | | 電話番号 | | | | | |
| 決定されている  障害福祉サービス | | | | 重度訪問介護　　／　　同行援護　　／　　行動援護 | | | | | |
| 障害支援区分 | | 有・無 | | 区分 １２３４５６ | | 有効期間 | | |  |
| 〔利用中のサービスの内容等〕 | | | | | | | | | |
| 支援計画書作成支援について | | | 作成支援の希望 | | 有　／　無 | | |  | |
| 契約している  相談支援事業所 | |  | | | | |
| 希望する支援の内容 | | |  | | | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  氏名 |

※署名又は記名押印

第１号様式（第５条関係）

四日市市重度障害者等就労支援特別事業利用申請書

　四日市市長

　重度障害者等就労支援特別事業の利用について、次のとおり申請します。

**サービスを利用している方の氏名を記入してください。**

申請年月日　　　　　年　　月　　日

**利用者負担額を決定するために、個人情報（住民基本台帳、税情報等）を確認する必要があります。同意書に申請者（児童の場合は保護者）の署名、押印をいただくことで、住民票、課税証明書の提出は必要ありません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | | ヨッカイチ　タロウ | | | 生年月日 | | 昭和○○年△月×日 |
| 氏名 | | | 四日市　太郎 | | |
| 住所 | | | 四日市市諏訪町○番△号  電話番号　　　◎×△-×××○ | | | | | |
| 決定されている  障害福祉サービス | | | | 重度訪問介護　　／　　同行援護　　／　　行動援護 | | | | | |
| 障害支援区分 | | 有・無 | | 区分 １２３４５６ | | 有効期間 | | |  |
| 〔利用中のサービスの内容等〕 | | | | | | | | | |
| 支援計画書作成支援について | | | 作成支援の希望 | | 有　／　無 | | |  | |
| 契約している  相談支援事業所 | |  | | | | |
| 希望する支援の内容 | | |  | | | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  **本人が署名する場合は押印の必要はありません。本人以外が代筆する場合は押印が必要です。**  氏名 |

※署名又は記名押印