

様式第1号(第6条関係)

塩竈市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

塩竈市社会福祉事務所長 殿

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電話番号



次のとおり塩竈市障害者訪問入浴サービス事業の利用を(変更)申請します。

対象者	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	年 月 日(歳)		
	居 住 地	〒 塩竈市 電話番号 — —				
	身体障害者 手 帳	番 号	県	種 級	種 級	障 害 名
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	備 考	
入浴時の付添人						