

泉佐野市訪問入浴サービス申請書

年 月 日

泉佐野市福祉事務所長 あて

申請者 住 所 泉佐野市
氏名 ⑩
電話 ー
続柄

泉佐野市訪問入浴サービス事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

① 訪問入浴サービスを希望する者

住 所 泉佐野市
氏 名
生年月日 年 月 日
身体障害者手帳 級
障害名

② 訪問入浴サービスを希望する理由

同居親族	氏 名	続柄	年齢	住 所	電 話