

様式第1号（第4条関係）

訪問入浴サービス利用申請書

年 月 日

川島町長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
電 話  
入浴希望者との関係

入浴サービスを希望しますので、川島町身体障害者入浴サービス事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

入浴を希望する人	住 所	川島町			
	氏 名				
介助者	氏 名		生年月日		男・女
申請の理由					
障害になった原因					

希望回数 月 回 午前・午後

様式第2号（第4条関係）

## 入浴許可診断書

住 所

氏 名

生年月日                      年              月              日(満              歳)

伝染性疾患の有無                      有 ・ 無

血                      圧                      最高値                      最低値

入浴の許可                      可 ・ 否

入浴上の注意事項

上記の者について、現時点では訪問入浴サービスによる入浴を受けても支障がないと認めます。

年              月              日

医療機関

住 所

名 称

医 師 名

様式第3号(第4条関係)

## 入 浴 承 諾 書

年 月 日

川島町長 様

申請者

住 所

氏 名

印

私は、  
が訪問入浴サービスを利用するにあたり、万一事故  
が発生した場合においても、一切の責任を負い異議を申し立てません。

また、利用にあたっては、川島町身体障害者訪問入浴サービス利用事業実  
施要綱第6条の規定を遵守します。