

高齢者訪問入浴サービス登録申込書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

電話番号 (—)

高齢者訪問入浴サービス事業について登録をしたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|--|------------------|------------------------|-----------------|-------|---|
| 対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所 | | | 電 話 | — |
| 要介護状態 区分等 | | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 委 任 状 | | | | | |
| 高齢者訪問入浴サービスに係る補助金の請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 | | | | | |
| 委任者 住 所 | | | | | |
| 氏 名 | | | | | |
| 受取人 (訪問入浴介護 を行う事業者) | 上記のことについて、承諾します。 | | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 事業者名 | | | | |
| | 代表者氏名 | | | | |
| | 電話番号 | (— —) | | | |

※ サービス利用票（兼居宅サービス計画）及びサービス利用票別表を添付してください。