

様式第1号（第5条関係）

川越市重度身体障害者入浴サービス利用申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

申請者 住所

氏名 ⑩

(続柄)

電話番号 ()

入浴サービスを利用したいので次のとおり申請します。

重度身体障害者 の 氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日
				年 月 日
住 所	川越市			

主治医所見欄：病名（病状）

上記のような状態なので、入浴は差し支えないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印