

訪問入浴サービス事業補助対象確認申請書付表

障害者等氏名：

記入者氏名：

(関係)

本人の状況	心身の状況(訪問入浴サービスが必要な状況が分かるように記入してください。)	
	日常生活の状況(該当するものを○で囲んでください)	
	移動	<ul style="list-style-type: none"> ・自分ではできない ・寝返りはできる ・はうことはできる ・つえ、歩行器の使用
	着脱衣	<ul style="list-style-type: none"> ・全部介助が必要 ・手を貸せば着脱できる ・ボタンかけなどができない
	入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・全部介助が必要 ・清拭のみ ・浴槽の出入りに介助が必要 ・洗身の介助が必要
	起座	<ul style="list-style-type: none"> ・全部介助が必要 ・背もたれなどの介助が必要 ・何かにつかまって起き上がる
	排せつ	<ul style="list-style-type: none"> ・常時オムツ使用 ・夜間はオムツ使用 ・昼は便所使用
	聴力	<ul style="list-style-type: none"> ・全く聞こえない ・大きな声で話すと聞こえる ・普通に聞こえる
	視力	<ul style="list-style-type: none"> ・全く見えない ・ぼんやり見える ・普通に見える
	病気等	
現在の病気等		
医療機関名		

介護者の状況	有り(氏名 関係) ・ 無し 心身及び就労状況等
利用希望回数	1月当たり 回
利用予定事業 実施者名	
障害者福祉 担当者等の意見 担当者 職名 氏名	(この欄は記入しないでください。) 1 利用者の確認結果及び理由 2 補助対象利用上限回数 1月当たり 回 3 世帯の市町村民税課税状況