

重度障がい者入浴サービス事業利用申込書（ 新規 ・ 変更 ）

年 月 日

申込者	氏名	(利用者との続柄)
	電話	(自宅) (携帯)
利用者	氏名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日
	住所	大阪市 区

◎重度障がい者入浴サービスの実施を次のとおり申し込みます。

サービス実施 希望事業所	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
サービス開始希望月		年 月 ～
旧事業所 (変更の場合のみ)	事業所名	
	所在地	

(事業者確認内容)

確認事項	身体の状況	可 ・ 不可
	居室の状況	可 ・ 不可
	駐車場所の状況	可 ・ 不可
	入浴可否	可 ・ 不可
備考 (利用不可の場合は、 その理由を詳細に記入してください)		
確認日	年 月 日	責任者名
サービス開始予定日	年 月 日	

【申請者 → 事業所 → 区役所 → (写)市役所】

※事業所から区役所への回送はサービスを開始する日までに完了してください。