様式第２号（第５条第２項）

主治医の入浴についての意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（満　　　　歳） |
| 住　　所 |  |
| 病名 |  |
| 入浴の可否 | 現在、居宅において訪問入浴を受けることは支障（　ない　・　ある　） |
| 入浴について |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 上記のとおり具申する。年　　月　　日医療機関所在地医療機関医師名　　　　　 　 　　　　㊞ |

様式第３号（第５条第２項）

誓　　約　　書

訪問入浴サービスにかかる支給を受けるにあたり、次の事項について

誓約します。

１．入浴する際は必ず１名以上の付添人をつけ、入浴に立会うとともに

介護にあたります

２．支給決定障害者は、入浴前に必ず入浴の可否を意思表示し、付添人が

これを確認します。

３．入浴をすることにより身体に悪影響を及ぼすおそれがあるときは、

即時中止されても異議の申し立てはいたしません。

４．その他、入浴サービス従事者の指示を守ります。

５．入浴中の不測の事故については一切の責任を負い、将来にわたって

異議の申し立てはいたしません。

年　　　月　　　日

　（宛先）八街市福祉事務所長

申請者　住所

氏名

介護者　氏名

利用者との続柄（　　）