

寝具丸洗いサービスの申請に係る
身体状態証明書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
身体状態 (傷病名等)		
<p>上記の患者は、上記の身体状態により、長期（おおむね6カ月以上）にわたり排泄の介助が必要と認められることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ 印</p> <p>(注) 証明書は、当該患者に対して、継続して診療を行っている医師が記載すること。</p>		

- ① この証明書は、横須賀市高齢者寝具丸洗いサービスの申請に必要です。
- ② 発行日から6カ月以内の寝具丸洗いサービスの申請に係る書類に添付してください。

事務担当は、横須賀市民生局福祉こども部介護保険課福祉サービス係 電話：822-8255