|  |
| --- |
| 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） |  |
| 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。　 年 月 日 医療機関名  所在地 印 医師氏名 （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。 |

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