

訪問理美容サービス利用券交付申請書

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄

下記のとおり、訪問理美容サービス利用券の交付を申請します。

記

対 象 者 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日		満 年 齢	歳
住 所	始良市 (自治会)	電 話 番 号	
要 介 護 度 (い ず れ か に)	1 要介護4 2 要介護5 3 要介護4・5以外(要介護)		
サービスを必要とする理由 現在の居住地を記入してください。 在宅 ・ 施設入所 (施設名：)			

同 意 書

訪問理美容サービス利用券交付決定のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容を、長寿・障害福祉課長寿福祉係の職員に提示することに同意します。

年 月 日

住 所
氏 名
生年月日

年 月 日

始良市長

殿

～市役所確認欄～

障害老人自立度 () 認知症老人自立度 ()