様式第1号(第3条関係)

在宅寝たきり老人等訪問理美容サービス助成事業利用申請書

　　年　　月　　日

　　燕市長　　　　様

(申請者)　住所

氏名

(利用者との続柄：　　　　　)

電話番号　　　―

　燕市寝たきり老人等訪問理美容サービス助成事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 〒(電話　　　　　―　　　　　　　　) |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日　 | 年齢 | 歳　 |
| 寝たきりになった時期 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 対象区分 | いずれかに○を付けてください。※在宅の方が、自宅で訪問理美容サービスを受ける場合のみ助成します。1　要介護者(要介護3・4・5)2　身体障害者手帳1・2級3　療育手帳「A」4　その他 |
| 希望理美容店 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ケアマネジャー・地域包括支援センター等の確認 | 　上記のとおり相違ないことを確認しました。 |
| 確認日 | 　　　年　　　月　　　日　 |
| 所属機関名称及び職名 | 　 |
| 氏名 | 　 |