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 |  |