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		