

様式第1号

令和 年 月 日

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住所：

申請者 氏名： 印
(電話番号)

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会寝たきり高齢者等訪問理美容サービス利用申請書

寝たきり高齢者等訪問理美容サービスを受けたいので、次により申し込みます。

審査事項の確認方法	<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票)を用意して添付する。 <input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、介護認定、障害種別等級の情報提供に同意する。					
利用者	住所	〒				
	氏名		性別	男 ・ 女		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳		
	対象区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 要介護者				
	介護度判定	未申請 ・ 要介護度()				
	身体障害者手帳の有無	有(種 級) ・ 無				
身体状況						
医療の状況	1. 受けていない 2. 通院している 3. 往診を受けている					
介護者	氏名		性別	男・女	年齢	歳
	住所				本人との関係	
備考						

審査	居住状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	確認方法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 恵庭市	(却下理由)	
	確認日	令和 年 月 日	確認者氏名		印	
決裁	局長	次長	課長	主査	スタッフ	審査の結果、登録を決定(却下)してよろしいか伺います。 令和 年 月 日