

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：
(電話番号)

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会高齢者等訪問理美容サービス利用申請書

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		☐ 自分で証明書(住民票)を用意して添付する。 ☐ 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	☐ 高齢者 ☐ 身体障害者 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	確認方法	☐ 証明書 ☐ 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	課長	主査	担当	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	登録番号