

足立区ねたきり高齢者訪問理美容サービス申請書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

申請者氏名

(事業所名・氏名)

電話番号

()

対象者との関係

足立区ねたきり高齢者訪問理美容サービスの利用について、下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ	
	氏名	
	住所	足立区
	電話番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)

対象要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上である
	<input type="checkbox"/> 足立区で介護保険要介護認定3・4・5のいずれかに該当する
	<input type="checkbox"/> ねたきり、または認知症で外出困難である
	<input type="checkbox"/> 入院中、施設入所中ではない

* 上記の全てに該当する方が対象です。

理美容店名	(事前に足立区理容・美容組合加盟店の内諾を得てから記入してください。)	
	名称	(店コード)
	所在地	足立区
	電話番号	

介護者	(必須です。サービス実施の準備、立会い、支払、利用券への署名捺印の補助、後片付けを行います。)	
	住所	
	氏名	(利用者との関係)
	電話番号	

※別紙(同意書)の添付が必要です。記入・押印いただき、本申請書と一緒に提出ください。