

# 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	65歳以上である
	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
	ねたきり、または認知症で外出困難である
	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、本申請書と一緒にご提出ください。