

申 請 書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

対象者との関係 _____

電話番号 () _____

下記のとおり申請します。

1 事業名 重度心身障がい者訪問理美容サービス

2 利用者氏名

3 利用者住所

4 利用者生年月日

5 希望理美容店名 名 称 _____ 店コード ()

住 所 _____

電話番号 () _____

6 介助者 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 () _____

同 意 書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

利用者住所

利用者氏名

電話番号

私は、重度心身障がい者訪問理美容サービスを申請・利用するにあたり、下記のとおり同意します。

記

- 1 自己負担額支払い 1回の利用につき500円を利用する店に直接支払います。
- 2 実施方法 理美容サービス実施中は、身体を急に動かさないように努め、安全にサービスを受けます。自宅にてサービスを受けます。
- 3 介助者 理美容サービス実施中の見守りについて、利用者が介助者に依頼します。依頼を受けた介助者は、実施日に必ず立会います。
- 4 個人情報の取扱い 申請及び事業の実施に必要な住民記録や身体状況に関する事、東京都重度心身障害者手当もしくは特別障害者手当の受給状況などの個人情報を閲覧することに同意します。
また、理美容組合・理美容店に対し、サービス実施に必要な個人情報を提供することに同意します。

* 訪問理美容のサービス実施の予約は、決定後あらためて連絡をお願いします。