

訪問理美容サービス利用申請書

年 月 日

小布施町長 様

申請者
住 所 _____
氏 名 _____

小布施町訪問理美容サービス事業実施要綱第3条により、訪問理美容サービスを利用したいので、申請します。また、この事業の決定に必要な身体状況等を町が調査・確認することに同意します。

給付対象者	住 所	小布施町大字 自治会 ()		電 話 番 号	
	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
		本人の身体状況区分	1	要介護認定：要介護 3・4・5	
	2		重度の身体障がい者（児）		
障がい名： 障害者手帳番号： 号 種 級					
3	1・2以外の者 身体状況記入				
	担当ケアマネジャー意見記入（いない場合は不要） [所属・氏名：]				
主たる介護者	住 所		電 話 番 号		
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
			年 齢	歳	
	対象者との続柄				

以下町記入欄

--

事務処理欄

年 月 日	課 長	係 長	担 当	システム	台帳
給付を 決 定 す る。 却 下				通知書	給付券