様式第1号(第3条関係)

在宅要介護高齢者等訪問理美容サービス利用申請書

年　　月　　日

　ふじみ野市長　宛て

住所

申請者　氏名

電話番号　　　　(　　　)

利用者との続柄(　　　　　)

　在宅要介護高齢者等訪問理美容サービスを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | (フリガナ)氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 　 |
| 住所 | ふじみ野市 | 電話番号 | 　　　― |
| 介護保険被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 要介護状態区分 | 　 | 特別障害者手当等受給 | 有・無 |
| 要介護3　　要介護4　　要介護5 | 手当の名称 | 　 |
| 手当開始日 | 年　　月　　日 |
| 常時臥床若しくはこれに準ずる状態になった日年　　月　　日ごろから |