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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |