

様式第1号(第4条関係)

前橋市在宅ねたきり高齢者等出張理・美容サービス申請書

年 月 日

(あて先) 前橋市長

出張理・美容サービスを利用したいので下記の事項に同意し申請をします。

- 1 「前橋市在宅ねたきり高齢者等出張理・美容サービス事業実施要綱」に基づいたサービスを受けること
- 2 市が対象者についてサービス利用の要件の確認に必要な調査をすること
- 3 市がサービス実施機関及び担当ケアマネージャーに必要な情報を提供すること

なお、寝たきり状態又は歩行困難等で理容店又は美容店において理美容サービスを受けることが困難な状態にあることを誓約します。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳
	住所			電話番号		
	要介護度	要介護 3 4 5	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	ショートステイ等宿泊サービスの利用日数 ※1か月あたり			日		
	今月の入院・入所	なし・あり (年 月 日 ~ 年 月 日)				

介護者	氏名		続柄	
	住所			電話番号

担当 介護支援専門員 (ケアマネージャー)	居宅介護支援事業所名	氏名	電話番号

※提出者(窓口に来た人)が対象者本人でない場合、下記をご記入ください。

提出者	氏名		続柄	
	住所			電話番号