

常陸大宮市訪問理美容助成事業利用申請書

令和 年 月 日

常陸大宮市長 様

申請者 住 所
電 話
氏 名
(利用者との関係)

常陸大宮市訪問理美容助成事業実施要項に基づき、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 利用者氏名		性 別	男 ・ 女	生年 月日	M T S ・ ・	歳
住 所	常陸大宮市					
世帯主氏名 (続柄・関係)	()		電話番号		()	
該 当 事 項	① 寝たきりの高齢者 ② 認知症の高齢者		要介護度		要支援 () 要介護 ()	
希 望 する サ ー ビ ス	ア 理容店 (カット, シェービング, 洗髪, 整髪, その他 []) イ 美容店 (カット, 洗髪, 整髪, 軽度の化粧, その他 [])					
備 考	希望枚数 1 枚 複数枚発行を希望する場合の理由 2 枚 3 枚					

※以下は記入しないでください。

判 定	承 認	該当事項 ① 寝たきりの高齢者 ア 常時臥床の状態にある イ 常時臥床はしていないが、食事、排便、衣類の着脱等日常の生活の大半を他の者の介護によらなければならない状態にある。 ② 認知症の高齢者 日常の生活の大半を他の者の介護によらなければならない状態にある。	(特記事項等)
	不 承 認	(不承認理由等)	