令和　　年　　月　　日

様式第１号（第４条関係）

No.

**八尾市訪問理美容事業利用申請書**

（あて先）八尾市長

|  |
| --- |
| **申請者** |
| 住　所 |
| 氏　名 |
| 利用者との続柄 |
| 電話番号　　　　　　－　　　　　－ |

　サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| **利用対象者** |
| ふりがな |  | 電話番号 | 　　　　－　　　　　－ |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 八尾市 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 年　齢 | 　　　歳 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 要介護認定 | 無 ・ 要支援　　　 ・ 要介護　　　 | **※要介護３・４・５以外の方は、下記の身体状況確認欄の記入が必要です** |
| **利用者本人以外の連絡先（どなたか１名）** |
| 氏　名 | 続　柄 | 住　所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
| 　**私は、八尾市がサービス実施に必要な介護保険の情報を収集すること及び基本情報をサービス提供事業者・関係機関に提出することに同意します。** |
| **利用者氏名**印 | 署名または記名押印（署名の場合、押印は必要ありません） |

※**要介護３、４、５以外の方は、**担当ケアマネジャーや高齢者あんしんセンターにご相談いただき、下記項目に記入していただくようご依頼ください。

＜身体状況確認欄＞

|  |
| --- |
| 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　確認者：　　　　　　電話番号： |
| 心身の状況により理髪店に出向くことが困難な理由についてチェックを入れてください　□歩行困難　□寝たきり状態　□認知機能の低下　□外出に不安を覚える□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜市記入欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日：　　　　年　　月　　日　　　　 | 受付者： | * 介護保険情報確認済
 |
| □４枚（４～６月）　□３枚（７～９月）　□２枚（10～12月）　□１枚（１～３月） |

ｓｘｚｓｄｆｓｚ