

訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所

氏 名

続 柄 本人・配偶者・（ ）

電話番号 （ ） —

※日中連絡先 — —

訪問理美容サービス事業を利用したいので申請します。また、申請にあたり、以下の内容について同意します。

- 1 市が対象者の介護情報及び障がい情報の確認を行うこと
- 2 訪問理美容サービス事業実施要綱を遵守すること
- 3 理美容を利用の際には、必ず1人以上の介護者等が付き添うこと

フリガナ					年 月 日
対象者氏名				生年月日	年 月 日
対象者住所					
種 別 (○を記入)		要介護 3 ～ 5		身体障害者手帳1、2級 ※内部疾患障がいには除く	
居宅介護 支援事業所	※要介護認定をお持ちの場合は、ご記入ください。				
備 考					