

高齢者訪問理容助成事業申請書

社会福祉法人 松原市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____ - _____
 利用者との関係 (_____)

下記のとおり、高齢者訪問理容助成事業の利用を申請いたします。

(※私及び同居家族・付添人の連絡先の個人情報については、必要な場合に必要最小限の範囲において、個人情報を使用することに同意します。)

利 用 者	ふりがな				電話	自宅	072	-	-	
	利用者名					携帯	-	-		
	住 所	〒580- 松原市			性別	男 · 女				
					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 () 歳				
	介護認定	要介護		1 · 2 · 3 · 4 · 5		※申請時介護保険証(コピー可)を持参 <input type="checkbox"/>				
		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/>				
ケアマネ	有 ・ 無	事業所			担当者名					
					電話					
散髪時の 付添人	有 ・ 無	氏名 (関係)	(配偶者・ケアマネ・)		理容店 からの 連絡先	電話	-	-	(本人・付添人・ケアマネ・)	
申 請 理 由	※ (自力での外出が困難な身体状況を詳しく記入)									
関 係 機 関	※ (サービス事業所・医療機関・その他など)									
特 記 事 項	※ (理容にあたり、注意してほしいこと)									
チケット の送付先:	利用者宅 · その他 () <input type="checkbox"/>									

※右の欄は記入しないでください。

この申請を 決定・却下 する。

局長	課長	課長補佐	係長	係員	店 名

記入例

高齢者訪問理容助成事業申請書

社会福祉法人 松原市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 **松原市阿保1-1-1**氏名 **松原 太郎**電話 **072-333-0294**利用者との関係 (**夫**)

下記のとおり、高齢者訪問理容助成事業の利用を申請いたします。

(※私及び同居家族・付添人の連絡先の個人情報については、必要な場合に必要最小限の範囲において、個人情報を使用することに同意します。)

利 用 者	ふりがな	まつばら はなこ			電話	自宅	072-000-0000
	利用者名	松原 花子				携帯	— —
	住 所	〒580- 松原市 阿保1-1-1			性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	
					生年月日	明治・大正・昭和 ○ 年 ○月 ○ 日 (OO) 歳	
	介護認定	要介護	1・2・3・ 4 ・5	※申請時介護保険証(コピー可)を持参 <input type="checkbox"/>			
		有効期間	R7 年 1 月 1 日 ~ R8 年 1 月 1 日				<input type="checkbox"/>
	ケアマネ	有 ・ 無	事業所	社協	担当者名	OO OO	
					電話	072-333-0294	
散髪時の付添人	有 ・ 無	氏名 (関係)	松原 太郎 (配偶者・ケアマネ・)	理容店からの連絡先	電話 072-333-0294 (本人・付添人・ケアマネ・)		
申請理由	※(自力での外出が困難な身体状況を詳しく記入) 妻は、両下肢麻痺のため、歩行困難となり一人では外出ができない。 室内外とも車いすで生活している。						
関係機関	※(サービス事業所・医療機関・その他など) 〇〇病院、△△ヘルパーステーション						
特記事項	※(理容にあたり、注意してほしいこと)						
チケットの送付先: 利用者宅 ・ その他 (ケアマネ) <input type="checkbox"/>							

※右の欄は記入しないでください。

この申請を 決定・却下 する。

局長	課長	課長補佐	係長	係員	店 名