

高齡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	072-00-0000
	利用者名	松原 花子				携帯	-
	住 所	〒580- 松原市阿保1-1-1			性別	男・女	
					生年月日	明治・大正・昭和 0 年 0 月 0 日 (00) 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	杜協	担当者名	00 00		
				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) 00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	