

様式第1号

吹田市高齢者訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

吹田市長 宛

**本人又は親族
(※ケアマネ等の事業者や
民生委員は不可)**

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____
対象者との続柄 _____

高齢者訪問理美容サービス事業の利用を次のとおり申請します。

押印は不要

対象者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	(男・女)
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
	電話番号	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他

本事業を申請するためには、申請日時点で以下の内容に該当している必要があります。該当をご確認いただき、□にチェックを入れて下さい。

- 利用者は在宅にて介護を受けており、自力または介助により理髪店または美容院を利用することが困難である。
- 利用者の要介護状態区分が要介護3・要介護4・要介護5のいずれかに該当している。

**□にチェック
は必須**

※ 添付書類

対象者本人の介護保険被保険者証の写し又は介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書の写し