

平成 年 月 日

在宅高齢者理容・美容利用申請書

八王子市長 殿

〒 _____

申請者 住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____

電話番号 () — _____

利用者との続柄等 _____

八王子市在宅高齢者理容・美容事業運営要綱により、理容師又は美容師の利用を申請します。

1 利用者

住 所	〒 _____ 八王子市		
(フリガナ) 氏 名	_____		
電話番号	() — _____	性別	男 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		

2 要介護度（□にレ印を付けてください。）

介護4 介護5

認定の有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

被保険者番号 _____ 認定日：平成 年 月 日

3 派遣希望（□にレ印を付けてください）

理容師 美容師

店 名 _____ 氏 名 _____

（特に希望がなければ記入不要です。またご希望に添えないこともあります。）

<高齢者支援課・地域包括支援センター 記入欄>

担当者氏名 _____ 要介護度確認 派遣希望確認 初回申請