

年 月 日

在宅高齢者理容・美容利用申請書

八王子市長 殿

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。
また、認定に必要な公簿等の確認に同意します。

1. 申請者(利用者)

住 所	八王子市		
(フリガナ) 氏 名		生年 月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
電話番号		性別	男 女
介護保険 被保険者番号		要介護度	<input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 介護3(日常生活自立度 <input type="checkbox"/> B2・ <input type="checkbox"/> C)
認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		

2. 派遣希望(□にレ印) 理容師 美容師

希望店名 _____ 担当者名 _____

(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)

3. 派遣先(□にレ印) 申請者住所 申請者住所以外の場所(要記入)

八王子市 _____

派遣先変更理由: 在宅扱いの施設に入居 家族宅で介護を受けているその他(_____)

4. 窓口に来た方(提出者) ※ケアマネジャーの場合は事業者名も記入。

氏名(フリガナ) _____

電話番号 _____ 申請者との関係 _____

5. 派遣日程連絡先(□にレ印) ※連絡が取れない場合は、申請者等にも連絡することがあります。

 窓口に来た方 申請者(利用者) その他 氏名(フリガナ) _____ 申請者との関係 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

6. 通知の送付先(□にレ印)

 申請者住所 派遣先 その他(_____)

受付担当記入欄		<input type="checkbox"/> 介護保険被保証
受付担当者	本人確認	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
		<input type="checkbox"/> 未確認