

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)  本人住所  本人住所以外の場所(要記入)

八王子市 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 利用者との関係 \_\_\_\_\_

## 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) \_\_\_\_\_ 利用者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

受付担当者 ( _____ )	
申請者 (利用者) 本人確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )