

記載例

第1号様式（第4条関係）

申請者の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。

書

令和〇年〇〇月〇〇日

利用者の住所、名前及び電話番号、生年月日を記入してください。
また、希望する理髪店又は美容院の店名、住所、電話番号を記入してください。

申請者 住所 **上越市木田 1-1-3**
氏名 **上越 一郎**
電話番号 **025-526-5111**

次のとおり訪問理・美容サービス費の助成を申請します。

利用者	住所	上越市 木田 1-1-3		電話番号	025-526-5111
	氏名	ふりがな じょうえつ はなこ	上越 花子	生年月日	昭和〇年〇〇月〇〇日
希望する理髪店又は美容院	理美容店名	上越美容院		理美容店住所	木田 1-1-3
				電話番号	025-526-5111

利用者の状態	健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定を受けている（要介護 3 ） <input type="checkbox"/> 受けていないが支障あり（ ）			
	手帳の所持状況	<input type="checkbox"/> 身障手帳 種 級（部位 ） <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	生活機能状況	歩行	<input type="checkbox"/> 一人で行ける	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助必要	<input type="checkbox"/> 全面介助
		起座	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行ける	<input type="checkbox"/> 一部介助必要	<input type="checkbox"/> 全面介助
		視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える	<input checked="" type="checkbox"/> かろうじて見える	<input type="checkbox"/> 見えない
		聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通に聞こえる	<input type="checkbox"/> かろうじて聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない
言語	<input checked="" type="checkbox"/> 普通に話せる	<input type="checkbox"/> かろうじて話せる	<input type="checkbox"/> 話せない		
意思表示	<input checked="" type="checkbox"/> 普通にできる	<input type="checkbox"/> かろうじてできる	<input type="checkbox"/> できない		

詳細な状態（詳細な状態欄には申請理由等、利用者の状態をできるだけ詳しく記入してください。）

（個人情報の取扱い承諾欄）

決定の審査のため、高齢者支援課の職員が、私の次の公簿等を閲覧（確

交付状況

年 月 日 氏名 **上越 花子**

次の欄には、この申請書を經由した民生委員又は介護支援専門員が記入してください。

経由	事業所の名称 又は民協番号
----	------------------

利用者本人が自署した場合は、押印不要です。
本人以外の方が記名した場合は、押印が必要です。