第１号様式（第４条関係）

上越市訪問理・美容サービス出張費助成申請書

年　　月　　日

（宛先）上越市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり訪問理・美容サービス出張費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 上越市 | 電話番号 |  |
| 氏名 | ふりがな | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 理髪店又は美　容　院 | 理美容店名 | 理美容店住 所 |  |
| 電話番号 |  |
| 利　用　者　の　状　態 | 健康状態 | □要介護認定を受けている（要介護 　 ）□受けていないが支障あり（ 　 ）  |
| 手帳の所持状況 | 　□身障手帳　　種　　級（部位　　　　　　）　□療育手帳　□Ａ　□Ｂ |
| 世帯の状況 | 　□ひとり暮らし高齢者世帯　□高齢者のみ世帯　□その他（　　　　　　　　） |
| 生　活　機　能　状　況 | 歩　　行 | 　□一人でできる　　　□一部介助必要　　　　　□全面介助 |
| 起　　座 | 　□一人でできる　　　□一部介助必要　　　　　□全面介助 |
| 視　　力 | 　□普通に見える　　　□かろうじて見える　　　□見えない |
| 聴　　力 | 　□普通に聞こえる　　□かろうじて聞こえる　　□聞こえない |
| 言　　語 | 　□普通に話せる　　　□かろうじて話せる　　　□話せない |
| 意思表示 | 　□普通にできる　　　□かろうじてできる　　　□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。） |
| （個人情報の取扱いに関する承諾欄）　訪問理・美容サービス出張費助成の決定の審査のため、高齢者支援課の職員が、私の次の公簿等を閲覧（確認）することを承諾します。⑴　介護保険認定関係資料⑵　療育手帳又は身体障害者手帳の交付状況年　　月　　日　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

　次の欄には、この申請書を経由した民生委員又は介護支援専門員が署名してください。

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