

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	
希望する理髪店又は美容院	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	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている（要介護 ） <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 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 type="checkbox"/> 一部介助必要	<input type="checkbox"/> 全面介助	
		起 座	<input 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 type="checkbox"/> かろうじて見える	<input type="checkbox"/> 見えない	
		聴 力	<input 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 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 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。 (1) 介護保険認定関係資料 (2) 療育手帳又は身体障害者手帳の交付状況 <p style="text-align: right;">年 月 日 氏名</p>						

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	
----	------------------	--	----	--