

高齢者訪問理容助成事業申請書

社会福祉法人 松原市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

利用者との関係 (_____)

下記のとおり、高齢者訪問理容助成事業の利用を申請いたします。

(※私及び同居家族・付添人の連絡先の個人情報については、必要な場合に必要最小限の範囲において、個人情報を使用することに同意します。)

利用者	ふりがな		電話	自宅	—
	利用者氏名			携帯	— —
	住所	〒 松原市	性別	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 () 歳
			男・女		
	要介護認定	要介護	1・2・3・4・5		
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ケアマネ 事業所 (事業所名)	有 () ・ 無	担当者			
		電話			
同居家族・ 付添人(続柄)	有 () ・ 無	連絡先			
申請理由	※(自力での外出が困難な身体状況)				
関係機関	※(サービス事業所・医療機関・その他など)				
特記事項	※(理容にあたり、注意してほしいこと)				

※右の欄は記入しないでください。

この申請を 決定・却下 する。

局長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	店名	

記入例

高齢者訪問理容助成事業申請書

社会福祉法人 松原市社会福祉協議会会長 様

申請者 住所 松原市阿保1-1-1氏名 松原 太郎電話 072-333-0294利用者との関係 (夫)

下記のとおり、高齢者訪問理容助成事業の利用を申請いたします。

(※私及び同居家族・付添人の連絡先の個人情報については、必要な場合に必要最小限の範囲において、個人情報を使用することに同意します。)

利用者	ふりがな	まつばら はなこ		電話	自宅	072-0000-0000
	利用者氏名	松原 花子			携帯	-
	住所	〒580-0000 松原市阿保1-1-1		性別	生年月日	明治・大正・昭和 10年10月10日 (82)歳
		男	<input checked="" type="checkbox"/>	女		
	要介護認定	要介護	1・2・3・ <input checked="" type="checkbox"/> ・5			
有効期間		令和1年1月1日～令和2年1月1日				
ケアマネ 事業所 (事業所名)	有 <input checked="" type="checkbox"/> (社協) ・ 無			担当者	〇〇〇〇	
				電話	072-333-0294	
同居家族・ 付添人(続柄)	有 <input checked="" type="checkbox"/> (夫 松原太郎) ・ 無			連絡先	072-0000-0000	
申請理由	※(自力での外出が困難な身体状況) 妻は、両下肢麻痺のため、歩行困難となり一人では外出ができない。 室内外とも車いすで生活している。					
関係機関	※(サービス事業所・医療機関・その他など) 〇〇病院、△△ヘルパーステーション					
特記事項	※(理容にあたり、注意してほしいこと)					

※右の欄は記入しないでください。

この申請を 決定・却下 する。

局長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	店名	