

在宅福祉理美容サービス事業利用申請書

長浜市長 あて

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

また、利用の可否を決定するために、対象者及び対象者と同一世帯に属する者の住民登録資料、
 税務資料その他必要な資料について、関係機関に照会されることに同意します。

対象者	氏名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 電話 ()				
希望する理美容店		店名 住所				

次の項目のうち該当するものすべてに○をつけてください。

(①～⑤については、その内容を○で囲んでください。)

① 65歳以上で要介護認定を受けている。	要介護4 要介護5
② 40歳以上65歳未満で要介護認定を受けている。	要介護4 要介護5
③ 身体障害者手帳を持っている。	1級 2級 肢体不自由
④ 療育手帳を持っている。	A1 A2
⑤ 精神障害者保健福祉手帳を持っている。	1級
※②～⑤に○をした方 → 同居している者が全て②～⑤に該当するか65歳以上である。	
⑥ 現在、在宅で生活しており、基準日前6か月のうち3か月以上を在宅で生活している。	
⑦ 直近の所得税が非課税の世帯に属している。	
⑧ 市税・介護保険料・国民健康保険料・後期高齢者医療保険料を完納している。	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 対象者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		対象者との関係	
住所	〒 電話 ()		

この申請に関して、担当民生委員に情報を提供されることに同意しません。

同意しない場合 に署名	
----------------	--

※結果の送付先について（ご希望の送付先に○を付けてください。）

※無記入の場合は対象者に送付します。

対象者 ・ 申請者 ・ その他（成年後見人など）

送付先がその他の場合 〒 - (電話) ()

(住所) (氏名) (続柄)