

調 髪

年 月 日

江東区長 殿

高齢者出張調髪サービス申請書

次の事項に同意し、下記のとおり、高齢者出張調髪サービスの利用を申請いたします。

〈同意事項〉

- 1 高齢者出張調髪サービス事業において必要なサービス提供のため、私に関する住民基本台帳情報、疾病、障害及び介護保険受給状況の情報を調査すること。
- 2 当事業申請後、申請者に関する情報について、長寿サポートセンター、介護支援専門員及びサービス委託業者から提供を受け、又はこれらのものに提供すること。

利用 者	住所	江東区 丁目 番 号				
	フリガナ					
	氏名 (自署)※					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
	電話番号	()				
	介護認定	要介護 3 4 5				
		介護保険被保険者証 確認 有 ・ 無				
		認定期間 年 月 日から 年 月 日まで				
	身体等状況	1 身体的な障害があるため自ら理容店又は美容店に行くことが ☐ 困難である ☐ 可能である(対象になりません。)				
		2 ☐ 在宅 ☐ 施設入所(対象になりません。)				

※本人が手続き(自署)をできない場合は、代筆が可能です。

代筆した場合は、次の代筆者の欄についてご記入ください。

代 筆 者	私(代筆者)は本人より本申請に係る委任を受けていることに基づき、代筆をします。	
	【代筆者名】	【続柄又は本人との関係】

届 出 者	氏名 電話 ()
	申請者との関係 ()

受付場所

受付者