

第2号様式（第5条関係）

宛名番号	
------	--

# 在宅高齢者訪問理美容サービス申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者 住所

氏名 本人との関係

電話

次のとおり、在宅高齢者訪問理美容サービスの利用を申請します。（新規 更新）

ふりがな 助成対象者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ・ ・ 日生（ 歳）
住所	立川市 町 丁目			
	電話 ( ) / ( )			
理美容に 立ち会う人 ※必ず記入し てください。	氏名	年齢	続柄	昼間の連絡先（住所・電話番号）
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中（ ・ ・ ） <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援（ 1 2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ 1 2 3 4 5 ）			
居宅介護支援事業所名		被保険者番号		
担当ケアマネジャー名		電話番号		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 理容 <input type="checkbox"/> 美容 ※どちらかひとつを選択してください			
申請理由	【詳しく記入してください】 ..... ..... .....			

◎本事業の利用にあたり、下記のこと同意します。

- 介護保険認定結果の主治医の意見書を確認すること  
\*申請者が新たに意見書を用意する必要はありません。
- 助成対象者と家族の所得の状況等を公簿により確認すること

年 月 日 助成対象者署名

(親族署名または押印で代用可)

..... 以下は記入しないでください .....  
.....

上記申請について、つぎのとおりとする。（決定・却下 → ・ ・ / に説明）									
認定日	・ ・	転入継続	起案	・ ・	担当	係長	課長		
有効期間	・ ・		決定	・ ・					
作成日	・ ・		施行	・ ・					
寝たきり	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2								
認知度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M								
課税状況	個人課税 世帯課税 非課税 生保								