中津川市在宅高齢者等訪問理美容サービス利用申請書

年　　　月　　　日

中津川市長　様

申請者　住所

氏名

（利用者との続柄　　　　　）

電話　　　　　―　　　　―

次のとおり中津川市在宅高齢者等訪問理美容サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 中津川市 | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 要介護認定区分 | | １　　２　　３　　４　　５  ※認定区分に〇 | | |
| 身体障害者手帳等番号 | | 号　　　　　　　級 | | |
| 居宅介護支援事業所  在宅介護支援センターの名称（担当者） | | （担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※申請時は介護保険証又は身体障害者手帳の確認が必要です。