

令和 年 月 日

枚方市訪問理美容サービス事業申込書

枚方市長

連絡者 住所
氏名
電話 () —
続柄

訪問理美容サービス利用について、下記のとおり申請します。

対象者・申請者	フリガナ			
	氏 名	㊟ ※ 介護認定結果、調査票・意見書の閲覧に同意します。 ※ 自宅で介護を受けている概ね65歳以上の人が対象です。		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒573ー 枚方市		
	電 話 番 号	(072) —		
	介 護 認 定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
同居者	氏 名	年 齢	続 柄	備 考
近親者	氏 名	続 柄	住 所	連 絡 先

----- 以下については記入しないでください。 -----

対象者年齢	☐ 65歳以上（おおむね）			
生活状況	☐ 在宅で生活している (介護保険住所地特例施設、グループホーム、有料老人ホーム、サ高住は施設扱い)			
要介護度	☐ 非該当・その他 ()			
	☐ 要支援・要介護1～2 →	世帯区分	☐ 独居 ☐ 独居に準ずる ☐ 高齢者世帯 ☐ 高齢者世帯に準ずる	
	☐ 要介護3～5			
自立度	A B C その他 ()			