

様式第1号（第4条関係）

（本人又は家族申請）

受理番号

小野町社会福祉協議会訪問理髪サービス事業認定申請書

令和 年 月 日

小野町社会福祉協議会
会長 村上 昭正 様

住 所

申請者氏名 ㊟
（申請人との関係 ）

訪問理髪サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用申請者	住 所	小野町大字 字 (電話)			
	ふりがな				
	氏 名	㊟		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
	対象要件	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
身体障害者等級		<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級			
身体状況	<input type="checkbox"/> 歩行困難である <input type="checkbox"/> 椅子等に座ることができる <input type="checkbox"/> 起き上がることができる <input type="checkbox"/> ベッドでの生活が主体である				
同居者	家族 (人)				

※ 申請時確認書類 申請者の介護保険証又は身体障害者手帳

社協 確認	㊟
----------	---

受理番号	
------	--

様式第2号（第5条関係）

（民生委員代行申請）

小野町社会福祉協議会訪問理髪サービス事業認定申請書

令和 年 月 日

小野町社会福祉協議会

会長 村上 昭 正 様

申請者氏名

㊞

利 用 申 請 者	住 所	小野町大字 字 _____ (電話 _____)			
	ふりがな	_____			
	氏 名	_____ ㊞		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
	※ 対象要件	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級			
身体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 歩行困難である <input type="checkbox"/> 椅子等に座ることができる <input type="checkbox"/> 起き上がることができる <input type="checkbox"/> ベッドでの生活が主体である				
同 居 者	家族（ _____ 人）				
申請 代 行 者	_____ 地区民生委員 氏名 _____ ㊞ 電話 _____				

訪問理髪サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

※ 利用申請者の対象要件の確認。

確認印	㊞
-----	---