

第2号様式（第6条関係）

寝たきり高齢者理美容サービス申請書

年 月 日

（宛先）中央区長

下記のとおり、理美容サービスの実施について申請します。
 なお、私及び世帯主は当サービスを利用するに当たり以下の同意事項を確認し、同意します。

記

住 所	中央区		
（ふりがな）		世帯主 氏名	
申 請 者 氏 名		電 話	（ ）
生 年 月 日	年 月 日		
要介護認定結果	<input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		
他の理美容サービス受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（他の理美容サービス名： ）		
寝たきり等の状況	<input type="checkbox"/> 常時寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 ※ 上のいずれにも該当しない場合は、利用対象外となります。		
外出を伴う 理容所又は 美容所の利用	<input type="checkbox"/> 困難である ※ 外出し、理容所又は美容所を利用することができる場合は、利用対象外となります。		
利用時の付添者	<input type="checkbox"/> いる（氏名 続柄 ） <input type="checkbox"/> いない		

申請手続をした方（申請者と同じ場合は記入不要）				
氏 名		住所		
（事業所名）		続柄	電話	（ ）

注1）申請者及び世帯主の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等である場合にあっては本人に代わって法定代理人が署名することができます。

注2）要介護認定結果から利用時の付添者までの欄では、該当する項目に「」を付けてください。

同意事項（※ 必ずご確認ください。）	
1	当サービスの利用に係る審査及び利用者負担区分の決定のため、当サービスの利用決定を受けている間は、世帯員全員の住民票、介護保険及び所得に関する情報並びに介護保険料段階に関する情報（所得に関する情報を公簿等で確認できない場合に限り。）を公簿等で確認すること。また、必要に応じておとしより相談センター、介護支援専門員から利用者に関する情報の提供を受けること。
2	適切なサービスを提供するため、おとしより相談センター、介護支援専門員及びサービス委託業者から利用者に関する情報の提供を受けること並びにこれらの者に当該情報を提供すること。
3	当申請書に記載した内容に変更が生じたとき、又は当サービスの利用対象とならない状況となったときは、速やかに寝たきり高齢者理美容サービス変更（消滅）届により届出をすること。
4	虚偽の申請により当サービスを利用したときは、利用決定の取消しを受けること。

区処理欄	認定番号	券番号	区分	<input type="checkbox"/> 課 <input type="checkbox"/> 非 <input type="checkbox"/> 生
			住基	

※太線内は記入しないでください。