

訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

(宛先)幸田町長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

訪問理美容サービス事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

サ ー ビ ス の 対 象 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	□申請者と同じ 幸田町大字		
対 象 者 の 状 況	1 寝たきり状態の高齢者(要介護度：) 2 寝たきり状態の重度身体障害者 (等級又は判定：身体 級／療育 判定／精神 級) 3 その他()			
申 請 理 由				
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話	

提出代行者	
住所	電話
氏名	対象者との関係

※ 対象者又はその同居者以外の者が代理で提出をする場合には記入すること。

※ 身分を証する書類を提示すること。

確認欄
● 利用を希望する店舗について □ 特になし □ 希望あり／希望する店舗（名称、条件等）： _____ └※希望する店舗での対応が困難な場合 □ 事業の利用を辞退する □ 対応可能な他の店舗を希望する（幸田町が対応可能な店舗を探します）
● その他案内事項 ・ 出張費を除く散髪料金は自己負担となります。 ・ 在宅で生活していて、寝たきり等の状態につき理容店や美容店を利用ができない方が対象です。（病院、施設等へのお出張でこの事業を利用することはできません。） ・ 利用決定後、利用する日程等は店舗と直接調整していただきます。