

高齢者理美容サービス申請書

豊島区長

令和 年 月 日

来所者氏名 桜ケアステーション

(事業所名・氏名)

染井桃子

電話 0000-4444

対象者との関係 ケアマネ

寝たきり等外出が困難な在宅生活をしているため、高齢者理美容サービスを利用したく、
下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 南池袋 2 丁目 45 番 1 号 方・荘 電話 03 (1234) 5678		
	フリガナ氏名 トシマ サクラ 豊島 桜	生年月日 明治・大正・昭和 4 年 8 月 1 日 (00 歳)	
	介護度 (○をつける) 要介護 【 3 ・ 4 ・ 5 】	介護保険料所得段階 第 段階	
	外出が困難な理由(☑をつける) ☐ 寝たきりの状態 ☐ 座位を保つことが不可能な状態 ☒ 病気等により歩行困難または外出困難な状態 ☐ その他()		
通知送付先 (申請者以外希望の場合) フリガナ氏名 トシマ タロウ 豊島 太郎		住所 豊島区東池袋 1-18-1 電話 03(0000)0000	関係 長男
同意書 豊島区長 高齢者理美容費助成事業の資格要件確認のため、毎年わたしの世帯状況・要介護度・介護保険料所得段階を調査することに同意します。また高齢者総合相談センター運営受託事業者に提供することに同意します。 令和 00 年 0 月 0 日 申請者住所 豊島区南池袋 2-45-1 申請者署名 豊島 桜			

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

受付番号	第 号
受付日	令 / /
給付決定	決定 ・ 却下
決定日	令 / /
自己負担	有 ・ 無
交付番号	～

所得段階
介護度

入力□		通知□		事業者へ連絡□	
高齢者福祉課				高齢者総合相談センター	
課長	係長	担当			
			確認	受付	