

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

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

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 丁目 番 号 方・荘 電話 ()		
	フリガナ 氏 名		生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (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		住所 電話 ()	関係
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 年 月 日 申請者住所 申請者署名			

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	所得段階	入力 ☐ 通知 ☐ 事業者へ連絡 ☐
受付日	令 / /		高齢者福祉課
給付決定	決定 ・ 却下		課 長 係 長 担 当
決定日	令 / /	介護度	高齢者総合相談センター
自己負担	有 ・ 無		確認 受付
交付番号	～		