

## 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) <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態 <input type="checkbox"/> 座位を保つことが不可能な状態 <input type="checkbox"/> 病気等により歩行困難または外出困難な状態 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
通知送付先 (申請者以外希望の場合)	住所	関係
フリガナ 氏名	電話 ( )	
豊島区長 同意書 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
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		
高年齢福祉課			高齢者総合相談センター	
課長	係長	担当	確認	受付