

## 高齢者理美容サービス申請書

豊島区長

令和 〇年 〇月 〇日

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 〇〇〇〇-△△△△ 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 キン 豊島 きん	生年月日 明治・大正 昭和 〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
	介護度 (〇をつける) 要介護 【 3 ・ 4 ・ 5 】	介護保険料所得段階 第 3 段階
	外出が困難な理由 (☑をつける) <input checked="" 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) 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(〇〇〇〇)〇〇〇〇	関係 長男
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 〇〇年 〇月 〇日 申請者住所 豊島区南池袋 2-45-1 申請者署名 豊島 きん		

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		
高齡者福祉課			高齡者総合相談センター	
課長	係長	担当	確認	受付