

訪問理美容サービス利用申請書

年 月 日

網 走 市 長 様

訪問理美容サービスの利用について、次のとおり申請します。
 なお、申請にあたって、利用者の介護認定に関する書類等について、閲覧することに同意します。

申請者 及び 利用者	ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____ (方書 _____)	電話番号	_____
介護者	氏 名		利用者との 関 係	
希望する理美容店名 (網走市内に限る。)		〔住所：網走市 _____〕		
身 体 状 況 ※記入願います	座 位 保 持	可 (分程度) ・ 支えがあれば可 (分程度) ・ 不 可		
	寝 返 り	可 (分程度) ・ 支えがあれば可 (分程度) ・ 不 可		
	椅子への移乗	可 ・ 支えがあれば可 ・ 不 可		
	ベッドの形状	ベッド (通常型) ・ ベッド (電動モーター付) ・ ふとん		
	その他特記事項			
誓 約 書				
訪問理美容サービスを利用するにあたり、下記のとおり誓約します。				
1 理美容サービスを利用することは、利用者又は介護者等家族の意思によるものです。 2 理美容サービス利用の際、網走市及び実施団体の責めに帰すことなく、利用者に身体的、精神的その他の障害が生じても、何ら異議の申し立ては行いません。 3 理美容サービスを利用するにあたっては、網走市及び実施団体の指示に従います。				
利用者 氏名 _____ (又は介護者)				
申請書 代理提出者	所属 氏名 _____			

※ 上記太枠内のみ記入してください。

調 査 項 目				
要 介 護 度	被保番号 [_____]	認 定 年月日	年 月 日	新 規 更新 (回目)
	要介護度 [_____]			
備 考				
		利用者 番 号		

※ 決裁欄

部 長	課 長	係 長	主 査	係	上記調査の結果、利用を決定してよろしいか 伺います。 年 月 日 担当者