

様式第1号（第5条関係）

苫小牧市在宅寝たきり高齢者訪問美容サービス助成券交付（再交付）申請書

年 月 日

苫小牧市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(続柄)

電 話

苫小牧市在宅寝たきり高齢者訪問美容サービス助成事業を利用したいので、下記のとおり申請します。なお、利用決定の際、本申請書記載の必要事項についてサービス提供事業者へ情報提供することを了承します。

記

1 新規申請

対象者の状況

ふりがな 氏 名	印 (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
住 所	苫小牧市		
電話番号		付添者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	※訪問美容のオプション（洗髪時の注意やお湯の有無）など、注意事項等を記入してください。		
◆対象要件の確認のために対象者の介護保険情報を市が調査することについて <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。⇒[要介護認定の認定通知書の写し]を提出してください。			

※本人の体調や状況の確認のため、市から訪問調査にお伺いする場合があります。

2 再交付申請

確認事項	再交付申請理由 <input type="checkbox"/> 汚 損 <input type="checkbox"/> 破 損 使用済の券の枚数 (                  枚)
------	---

【苫小牧市処理欄】

<input type="checkbox"/> 可 (券          枚) <input type="checkbox"/> 否 (理由                  )	要介護度 <u>要介護</u> 自立度                  _____	決 裁	課長・課長補佐・主査・係
---	---	--------	--------------

上記のとおり決定し、通知してよろしいか。