様式第４号（第５条関係）

訪問理美容利用支援事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）西尾市長

申請者（本人・親族等）　〒

住 所

　　　　　　　　　（続柄　　　）

電話番号

西尾市在宅ねたきり高齢者及び身体障害者訪問理美容利用支援事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

※該当する□にレ印を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 | （□申請者に同じ） | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | （□申請者に同じ）〒　　　　 |
| 電話番号 | （□申請者に同じ）　　　　　 |
| 居住状況 | □対象者住所地に居住しており、医療機関等への入院、介護又は日常生活上の支援を行う施設等の入所はしていません。 |
| サービスの利用に当たり必要な情報を西尾市が公簿（電子計算機の記録情報を含む。）等によって確認することや関係機関へ照会、提供することに同意します。利用者氏名（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 該当事由 | □要介護４・５□下肢又は体幹機能障害による身体障害者手帳１級 |

※利用券の送付先が利用者以外の場合のみご記入ください。

|  |
| --- |
| □申請者　　　　　住所　〒　　　　□その他送付先⇒　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　 |