

様式第1号 (第5条関係)

いなべ市訪問理容サービス利用申請書

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

対象者との関係 (_____)

電話番号 _____

次のとおり訪問理容サービスを利用したいので申請します。

対象者	氏 名		性別	男 ・ 女
	住 所		電話番号	
	生年月日	M ・ T ・ S	年 月 日	(満 歳)
日常生活状況				
備 考	希望理容店 (_____) 今後の利用意向等 (_____)			

いなべ市訪問理容サービス利用審査に必要となる対象者の身体状況について、いなべ市社会福祉協議会が居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、民生委員児童委員に情報を求めることに同意します。

本人氏名 _____

代筆者 _____

㊟

様式第5号 (第9条関係)

いなべ市訪問理容サービス利用資格喪失届

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所

氏 名

㊟

対象者との関係 ()

電話番号

いなべ市訪問理容サービス利用資格について、次のとおり届け出ます。

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所		電話番号	
	生年月日	M ・ T ・ S	年 月 日	(満 歳)
変更年月日		令和 年 月 日 ()		
変更区分		<input type="checkbox"/> 施設等へ入所したため <input type="checkbox"/> いなべ市外への転出したため		