

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な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 _____ ㊞