

様式第 1 号(第 3 条関係)

鴻巣市重度要介護高齢者等訪問理容・美容サービス申請書

年 月 日

(あて先) 鴻巣市長

住所
 申請者 氏名
 対象者との続柄
 電話

鴻巣市重度要介護高齢者等訪問理容・美容サービス事業実施要綱第 3 条に基づき、次のとおり申請します。

理容・美容 サービス 対象者	住 所	鴻巣市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
対 象 区 分	<input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()			

----- 以下の欄は記入しないでください。 -----

受 理 日	年 月 日	調 査 日	年 月 日
審 査	<input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納なし		
	<input type="checkbox"/> 要介護 5 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納なし		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 在宅		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
審査結果	<input type="checkbox"/> 資格あり <input type="checkbox"/> 資格なし ()		
理容・美容券発行日	年 月 日	第	号