

様式第1(第5条関係)

稲沢市訪問理美容サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

稲沢市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり、訪問理美容サービスの利用を申請します。

記

フリガナ 利用者氏名	☐ 申請者と同じ	年 度	R
利用者住所	☐ 申請者と同じ		
生 年 月 日	大正 ・ 年 月 日 昭和	要介護度	
介護保険 被保険者番号		認定年月	年 月
備考 (市管理欄)	交付番号		
	交付方法 (窓口交付 ・ 郵送)	交付日	
	受取人氏名	利用者との関係	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

裏面に理美容承諾書がありますので、
必ず記入してください。

様式第2(第5条関係)

承 諾 書

稲沢市が実施する訪問理美容サービスの利用に際しては、万一これに伴う事故等が発生しても一切の異議は申しません。

なお、利用にあたり次の事項を遵守します。

記

- 1 理美容サービスの利用に際しては、1人以上の介護者(ホームヘルパーを含む。)又は保護者が付き添います。
- 2 介護者(ホームヘルパーを含む。)又は保護者は、理美容サービスを利用する前に利用者に利用の意思を確認します。
- 3 利用者等は、利用者が当該訪問理美容サービスの対象者に該当しなくなったときは、速やかに残余の利用券を市長へ返還します。

令和 年 月 日

稲沢市長 様

利用者 住 所

氏 名

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする