

第 1 号様式（第 4 条関係） ※太枠内を記入して下さい。

ねたきり高齢者等理美容サービス事業利用申請書			
年 月 日			
大府市長 殿			
(申請者)			
郵便番号			
住 所			
氏 名			
電話番号			
対象者との関係			
下記のとおりねたきり高齢者等理美容サービス事業の利用を申請します。			
対象者	住 所 電話番号	大府市 町 電話 ()	
	フリガナ 氏 名	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
種別	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者（要介護4・5）被保険者番号 _____ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1・2級）所持		
確認事項 (☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 現在、在宅で生活している。		

承諾署名欄

この事業の利用の適否を判断するためや、利用対象者への援助を行うために大府市が行う下記の事項について承諾します。

- (1) 大府市や地域包括支援センター等関係機関の職員が家庭訪問を行うこと。
- (2) 地域包括支援センター、民生児童委員などの関係機関と連絡・調整をすること。

利用者署名	署名代行者氏名	(続柄)
-------	---------	-------