様式第１（第５条関係）

小牧市訪問理美容サービス事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（あて先）小牧市長

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　小牧市訪問理美容サービス事業実施要綱に基づく事業を利用したいので、次のとおり

申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | 男・女 | 生年月日 | | | 明・大・昭  　　　　年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | |  | | | | | 要介護状態区分等 | |  |
| 認定年月日 | | 年　　月　　日 | | 認定の有効期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | |

様式第２（第５条関係）

念　　　　　　　書

　　　小牧市が実施する訪問理美容サービスの利用に際して、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、利用に際しては、下記事項を厳守します。

記

　　　１．理美容を受ける場合は、家族又は介護者等が必ず付き添うこと。

　　　２．理美容を受けることができない状況になった場合は、事前に担当

理・美容店及び地域包括ケア推進課に連絡すること。

　　　年　　　月　　　日

　　　小　牧　市　長

　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名