

訪問理美容サービス利用申請書

年 月 日

(宛先)東大阪市 福祉事務所長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。

電 話 \_\_\_\_\_

利用者との関係( \_\_\_\_\_ )

東大阪市訪問理美容サービスの利用について、東大阪市訪問理美容サービス事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利 用 者	住 所	東大阪市			
	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	電話番号				
	要介護度		被介護保険者番号		
	身体 の 状 況				
備 考					

訪問理美容サービス利用の決定に必要な介護保険に関する情報を利用することに同意します。 本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。