

ヘアカットサービス利用登録申請書

年 月 日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会
会 長 新井 重治 様

申請者 住所 飯能市
氏名
電話 ()

ヘアカットサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふ り が な	
	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	()
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	申請者との続柄	
	手帳の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> ㉠、 <input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)
要支援・ 要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
障がいの状態	※外出が困難である理由となる障がいの状態を記入してください。	

※事務局確認欄（記入しないでください。）

受 付	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 手帳 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> その他 ()
登録番号			

記入例

ヘアカットサービス利用登録申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会
会 長 新井 重治 様

申請書を提出する人
(本人、親族、ケアマネ等)

申請者 住所 飯能市〇〇
氏名 飯能 太郎
電話 (〇〇〇)〇〇〇〇

ヘアカットサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふりがな	ほんのう はなこ	利用する者
	氏 名	飯能 花子	
	住 所	同上	親族等が申請者で同居の場合
	電 話 番 号	同上 ()	
	生 年 月 日	大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇歳)	
	申請者との続柄	妻	
	手帳の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (〇級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (□A、□A、□B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)	
要支援・ 要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5		
障がいの状態	※外出が困難である理由となる障がいの状態を記入してください。 〇〇症の後遺症により、右半身麻痺のため、寝たきり状態		

※事務局確認欄（記入しないでください。）

受 付	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 手帳 (□身障 □療育 □精神) <input type="checkbox"/> その他 ()
登録番号			