

神戸市訪問理美容サービス利用申請書 (65歳以上の方)

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の要介護認定の状況、居住の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	年度	申請日	年 月 日	
申請者 (サービスを必要とする高齢者)	ふりがな			
	氏名	(印)		性別 男・女
	生年月日	M・T・S	年	月 日 () 歳
	住所	〒 — 神戸市		
	居所 (住民票の住所と 同じ場合は記入不要)	〒 — 神戸市		
	連絡先	電話 — —	氏名 続柄 ()	
	要介護状態区分	要介護 4 ・ 5 (該当する区分を○で囲んでください)		
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
担当ケアマネジャー	事業所名			
	電話	— —	担当者	

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をする場合があります。

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

受付日	年 月 日	整理番号 No.
<input type="checkbox"/> 要介護4・5		<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
過去の受給状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	(No.)
特記事項		