様式第１号（第５条関係）

佐久市高齢者等訪問理美容サービス利用申請書

年　　月　　日

（申請先）佐久市長

（申請者）住　所
氏　名
利用者との続柄
電話番号

佐久市高齢者等訪問理美容サービスの利用を下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="7">利用者</td><td colspan="3">住　所</td><td colspan="3">佐久市</td></tr>
<tr><td colspan="3">ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">性　別</td><td rowspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="3">氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　歳）</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">身体の状況等</td><td rowspan="2">高齢者</td><td>要介護度</td><td colspan="3">□要介護３　□要介護４　□要介護５</td></tr>
<tr><td>認定期間</td><td colspan="3">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害者</td><td>身体障害者手帳</td><td colspan="3">□身体障害者手帳１級
□身体障害者手帳２級（視覚、下肢、体幹の障害）
□上記に準ずる者（　）</td></tr>
<tr><td>療育手帳</td><td colspan="3">□療育手帳Ａ１</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

なお、このサービスの利用要件を満たしていることを確認するため、世帯課税状況、要介護認定の状況、障害児福祉手当及び特別障害者手当の受給状況等について、市長が関係部局に対し関係資料の閲覧又は報告を求めることに同意します。