

(第1号様式)

# 訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

平群町長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

訪問理美容サービスを利用したいので、平群町訪問理美容サービス事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

利 用 対 象 者	住 所	平群町			郵便番号	6 3 6 -	
	ふりがな				電話番号	-	
	氏 名						
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別	男 ・ 女
利用希望 サービスの の 種 類	サービスの名称		利用回数		備 考		
	訪問理美容サービス		年 4回		1回当たり 2,000円		
申請する理 由及び内容	ひとり暮らし、虚弱、寝たきり、外出困難等 <u>具体的に記入</u> してください。						
	(身体状況)						
世帯の状況	氏 名	続柄	年齢	性別	備 考		
要介護状態	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 申請中 非該当					未申請	

## 利用者の状況

項目	審査			コメント		
心身の状況	視力	1. 普通	2. 弱視	3. 見えない		
	聴力	1. 普通	2. やや悪い	3. 聴こえない		
	意思疎通	1. 普通	2. やや悪い	3. 大変悪い		
	物忘れ	1. なし	2. 時々ある	3. いつもある		
	食事	1. 普通食	2. 刻み食	3. 特別食		
	移動	1. 自分でできる	2. 杖	3. 歩行器	4. 車イス	5. できない
	外出	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	調理	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	掃除	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	洗濯	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	排泄	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	入浴	1. 自分でできる	2. 介助によりできる	3. 全くできない		
	金銭管理	1. 自分でできる	2. たまにできない	3. 全くできない		
	火の管理	1. 自分でできる	2. たまにできない	3. 全くできない		
疾病の状況	(病名)					
	(かかりつけ医)					
	(電話番号)					
緊急連絡先	(住所)		(電話)			
	(氏名)		(続柄)	(携帯)		