

第1号様式

平群町心身障害者（児）理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

平 群 町 長 殿

申請者住所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

障害者（児）理美容サービス事業を利用したいので、平群町心身障害者（児）理美容サービス事業実施要綱第5条の規定に基づき、別添必要書類とともに次のとおり申請します。

フリガナ 利用者氏名			性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）			
個 人 番 号				
住 所	平群町	電話番号	-	
障 害 名				
手 帳 番 号	第 号	等級	種 級	
希望する理由				
主な介護者	氏 名	本人との関係	性 別	備考
緊急連絡先	住 所			
	氏 名		続柄	
	電話番号			

※添付書類 : 利用者の状況

### 利用対象者の状況

心身 の 状 況	1. 視力	普通	弱視	見えない	備考
	2. 聴力	普通	やや難聴	難聴	
	3. 言語	普通	やや不自由	喪失	
	4. 意思疎通	普通	やや悪い	大変悪い	
	5. 起居	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	6. 洗面	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	7. 歩行	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	8. 階段昇降	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	9. 外出	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	10. 排泄	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	11. 入浴	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
疾病の状況	既往症				
	現在症				
	かかりつけ医				
その他特記事項					

#### 誓約事項

今回、平群町障害者（児）理美容サービス事業利用に係り、サービス利用中に生じた不測の事故については、平群町並びに業務委託事業者に対し、一切責任を問わないことを誓約いたします。

年 月 日

同意者（保護者）

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
本人との続柄 \_\_\_\_\_

本人

住 所 奈良県生駒郡平群町 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印