

様式第1号 ① (第6条第1項関係)

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、本人の住所や要介護認定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		令和	年度	申請日	令和	年	月	日	
申請者  (サービスを必要とする高齢者)	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	T・S	年	月	日	( )	歳		
	住民票の住所	〒	—	神戸市					
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒	—	神戸市					
	日中の連絡先	電話	—	—	氏名 ( )		続柄 ( )		
要介護認定の状況	現在の要介護状態区分	要介護	4	・	5	(該当する区分を○で囲んでください)			
	要介護認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月
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>

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