

寝たきり身体障害者理髪サービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市
氏名

対象者との続柄 ()

次のとおり寝たきり身体障害者理髪サービスの利用を申請します。

対 象 者	ふりがな		年齢	歳	電話	—
	氏名		生年月日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
	住所	〒 金沢市				
世 帯 の 状 況	身障者手帳番号	県・市 第	号	交付日	S.H	年 月 日
	障害名 <small>(手帳の記載どおり 記入してください。)</small>					等級 種級
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日			職業 (勤務先)
		世帯主	M.T.S.H.R 年 月 日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
			M.T.S.H.R 年 月 日			
生 活 状 況	現在の状態 (○印をつける)	外出	食事	入浴	着替	現在、ご自宅で生活していますか。
	自分でできる					1 はい
	できない (一部介助が必要) " (全部 ")					2 いいえ (病院、入所、その他)
寝たきりとなった時期	昭和 ・ 平成 年 月頃					
希望する理髪サービスの種類	理 容 ・ 美 容					