

様式第1号（第3条関係）

在宅ねたきり高齢者及び身体障害者出張理美容費助成申請書

年 月 日

刈谷市社会福祉協議会 会長

申請者（対象者） 住 所 _____

上記住所に居住しており、施設入所はしていません。

（ふりがな）

氏 名 _____

電 話 （ ） _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記のとおり申請します。

なお、本申請書に記載された私の個人に関する情報を愛知県理容生活衛生同業組合刈谷支部、愛知県美容業生活衛生同業組合刈谷支部に提供することに同意します。

記

対象区分	<input type="checkbox"/> ねたきり	65歳以上で、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）がB1以上であり、現にねたきり状態にある
	<input type="checkbox"/> 身体障害	身体障害者手帳の交付を受けた者で、下肢障害1級である、または、体幹機能障害1級である

※対象区分が「ねたきり」の方は同意の署名が必要です。

私は、貴会が刈谷市から、私の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）に関する情報提供を受けることに同意します。

対象者氏名 _____

※対象区分が「身体障害」の方は身体障害者手帳の写し（氏名、現住所、障害名と障害の等級が分かること）の添付が必要です。

※対象者は、身体の状況等により記入ができないため、対象者本人の意思を確認の上、私が対象者に代わって、その記入を代筆しました。

<代筆者> 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との関係 _____

電 話 _____

【受給要件等確認欄】

主治医 意見書	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
手帳	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 障害等級

確認	年 月 日
	⑩