

様式第1号(第5条関係)

紀の川市在宅高齢者等訪問理容サービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 紀の川市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ⑨
 対象者との続柄 _____
 電話番号 _____

紀の川市在宅高齢者等訪問理容サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

対象者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名				(歳)	
	住所				性別	男・女
	電話番号			FAX		
	要介護度	要介護 3 ・ 4 ・ 5			駐車場	有 ・ 無
	認知症	有 ・ 無		寝たきりの程度	座位を保てる	
	意思の疎通	完全に通じる			支えがあれば座位を保てる	
		ある程度通じる			常時臥床であるが寝返りできる	
		ほとんど通じない		常時臥床で寝返りできない		
	聴力	普通に聞こえる		視力	普通に見える	
やや大声で判る		やや見えにくい				
耳元で大声で判る		ほとんど見えない				
全く聞こえない		全く見えない				
世帯状況	ひとり暮らし・高齢夫婦世帯・子供と同居・その他()					
付添者	有 ・ 無 (対象者との関係:)					
その他の留意事項						