

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 _____
 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	
	障 害 程 度	身体	1級 ・ 2級	療育	A1 ・ A2	精神	1級 ・ 2級
	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		視 力		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	
	聴 力	ほとんど通じない			視 力	常時臥床で寝返りできない	
普通に聞こえる		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 留 意 事 項							