

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						
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								