

様式第1号（第4条関係）

瀬戸市高齢者訪問理美容サービス利用券交付申請書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

以下に掲げる事項に同意し、次のとおり、瀬戸市高齢者訪問理美容サービスの利用を申請します。

瀬戸市介護保険事業運営要綱第1号様式及び第65号様式にて被保険者証・介護認定給付関係書類の送付先変更を届け出ている場合においては、当事業の送付物についても同様に扱うこと。

申請者	住所	(郵便番号 -) 瀬戸市 (電話 -)		
	氏名		本人との関係	

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (郵便番号 -) 瀬戸市 (電話 -)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	被保険者番号			
	資格	要介護状態区分 3・4・5 常時臥床 ()		

※ 受付職員の確認欄

受付	介護度	認定期間	在宅