

三島市訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

三島市長 あて

住 所 三島市
 申請者 氏 名
 電話番号

訪問理美容サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所	三島市				
	氏 名				年 齢	歳
	生年月日	明・大・昭・平		年	月 日	
	介護認定	無 要介護 1 2 3 4 5				
	身体障害者手帳	級	障害名			
日常生活動作※	歩 行	0 普通に歩ける	1 付き添いが手や肩をかせば5m以上歩ける	2 付き添いが手や肩をかしても5m未満しか歩けない	3 全く歩けない	
	寝たきり	0 上体を起こすことができる	1 寝返りができる	2 顔を横に向けることができる	3 全く動けない	
	排 泄	0 普通にできる	1 ほぼ普通にできるがやや不自由	2 付き添いが手をかせば簡易便器でできる	3 常におむつを使用している	
	入 浴	0 普通に入れる	1 ほぼ普通に入れる	2 浴槽の出入りはできるが洗うことができない	3 自分では全く出入り洗うことができない	
	車いす	0 車いすを利用せず自分で移動できる	1 自分で移乗できる	2 付き添いが手をかせば移乗できる	3 手をかしてもらわなければ全くできない	
	合計点数	点 (合計点数が10以上必要)				
家族状況	氏 名	年齢	対象者との続柄		備 考	

*市記入欄

受給資格の有無	助成券番号	備 考
有 ・ 無	第 号	