

様式第3号（第6条関係）

ヘアカットサービス利用登録申請書

年 月 日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会  
会 長 新井 重治 様

申請者 住所 飯能市  
氏名  
電話 ( )

ヘアカットサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふ り が な	
	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	( )
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	申請者との続柄	
	手帳の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> A、 <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
種 別	<input type="checkbox"/> 美 容 <input type="checkbox"/> 理 容	
障害の状態	※外出が困難である理由となる障害の状態を記入してください。	

※事務局確認欄（記入しないでください。）

受 付	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 手帳 ( <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> その他 ( )
登録番号			

# 記入例

## ヘアカットサービス利用登録申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

社会福祉法人飯能市社会福祉協議会  
会 長 新井 重治 様

この紙を提出する人  
(本人、親族、ケアマネ)

申請者 住所 **飯能市〇〇123-4**  
氏名 **飯能 太郎**  
電話 **(〇〇〇) 〇〇〇〇**

ヘアカットサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふりがな	<b>はんのう はなこ</b>	利用する者
	氏 名	<b>飯能 花子</b>	
	住 所	<b>同上</b>	親族等が申請者で、同居の場合
	電 話 番 号	<b>同上</b> ( )	
	生 年 月 日	明・大・ <b>昭</b> ・平 <b>〇〇年 〇〇月 〇〇日</b> ( <b>〇〇</b> 歳)	
	申請者との続柄	<b>妻</b>	
	手帳の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (〇〇級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (□A、□A、□B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)	どちらか
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5		
種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 美 容 <input type="checkbox"/> 理 容		
障害の状態	※外出が困難である理由となる障害の状態を記入してください。 <b>〇〇症の後遺症により、右半身麻痺のため、寝たきり状態 など</b>		

※事務局確認欄（記入しないでください。）

受 付	年 月 日	添付書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 医療保険証
登録番号			<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 手帳 ( <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )