

令和7年度

年 月 日

三鷹市訪問理美容サービス利用申込書

（あて先） 三鷹市長
三鷹市訪問理美容サービス事業を利用したいので、三鷹市訪問理美容サービス事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。
なお、私の要介護認定の確認については、介護保険課長が保管している台帳により、高齢者支援課長が行うことに同意します。

利 用 者	住 所	三鷹市 丁目 番 号		
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 歳		
	電 話 番 号			
	介護保険 認定状況	要介護認定区分	重度手当 受給等状況	重度心身障害者 手当等の受給
□3 □4 □5		□有 □無		
認定有効期間		身体障害者手帳等級		
年 月 日～ 年 月 日		下肢（□1級・□2級） 体幹（□1級・□2級）		
申 込 者	氏 名	□家族・親族 □ケアマネジャー・相談支援専門員 □その他（ ）		
	住 所			
	電 話 番 号			
理美容券・納付書送付先	□利用者宛 □申込者宛 □その他（下欄に記入）			
	氏 名	□家族・親族 □ケアマネジャー・相談支援専門員 □その他（ ）		
	住 所			
	電話番号			

以下は記入しないで下さい。

申 込 受 付	承認 ・ 非承認	要 件 確 認 欄		認 定 番 号	NO,
		要介護度区分		係 長	係
	理 美 容 券 番 号	手当・手帳等級			
	～	寝 た き り 度			
	発 行 日	主治医意見書			
		認定調査票			