

年 月 日

（あて先）日野市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄

ねたきり高齢者理容・美容利用券交付申請書

日野市ねたきり高齢者理容・美容利用券を申請します。

ねたきり 高齢者	住 所	日野市		
	フリガナ		電話番号	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	要介護度	4 ・ 5
ねたきりの始期	年 月 日頃から			
在宅期間	最終退院日 年 月 日 ・ 入院したことがない			

代行者（第三者が申請手続きを代行する場合のみ）

事業者名： _____

代行者名： _____

事業者連絡先： _____

※ 市記入欄

障害高齢者日常生活自立度	
申 請 日	年 月 日
交付枚数	枚
決 定	承認 ・ 不承認