様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

（宛先）小金井市長

申請者　住所

氏名

電話

登録者との関係　（　　）

小金井市高齢者訪問理美容サービス事業登録申込書

小金井市高齢者訪問理美容サービス事業を利用したいので、小金井市高齢者訪問理美容サービス事業実施要綱第３条第１項の規定により下記のとおり申請します。

なお、この申請に際し、市長が公簿等により、住民基本台帳及び介護保険認定情報の確認が必要なときはこれに同意します。

記

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td>登録者
氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>登録者
住　所</td><td colspan="2">〒　―</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">理美容に立ち会う人（連絡先）</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td colspan="2">住所</td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>介護認定</td><td colspan="5">□要支援（１　２）□要介護（１　２　３　４　５）□申請中</td></tr>
</table>

※　この届出項目は、情報システムに登録されます。

※　市記入欄　　年　　月　　日　確認

認　定　日	年　月　日
有　効　期　間	年　月　日　～　年　月　日
寝たきり度	自立　Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２
認　知　度	自立　Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ
課税状況	年度　非課税・課税