

高齢者福祉理美容券交付申請書

年 月 日

(あて先) 港区長

申請者	住所		電話	
	氏名		対象者との 続柄	

対象者	※申請者と異なる場合ご記入ください。			
	※住所		※電話	
	フリガナ		生 年 月 日	明治 大正 昭和
	氏名			
	現在の状態について			
	1 自宅で寝ている。(かかりつけの医師)			
	2 ひとり暮らしである。			
介護認定について				
1 受けている。(要介護 3・4・5)				
2 受けていない。				
⇒状況(食事・排せつ・歩行等)を具体的にご記入ください。				
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>				
主に介護している 家族の氏名		対象者との 続柄		

※処理欄 (以下は記入しないでください。)

受理年月日	認定または却下		< 受付印 >
年 月 日	1. 認定	2. 却下 理由 ()	
認定番号	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; transform: rotate(45deg);"></div>		
第 号			