

## 音更町出張理髪サービス利用申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者（介護者） 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

（署名又は記名・押印）

利用者との続柄（ ）

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号（ ） -

音更町出張理髪サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

利用者	住所	〒		
	氏名		生年月日	年 月 日

日常生活動作（該当するものに○印をつけてください。）

区分	自分でできる	自分でなんとかできる	自分だけでできない
歩行			
食事			
排泄			
入浴			
衣服の着脱衣			