

収受	年	月	日
起案	年	月	日
決定	年	月	日
保存	長期		
非公開	理由[個人情報]		

担当	係長	課長

決定番号

下記の申請について「高齢者理美容サービス」の利用者に該当(する・しない)ので(決定・却下)する

第1号様式

理美容券交付(再交付)申請書

墨田区長 へ

申請書記入日

次のとおり、高齢者理美容サービスについて
裏面同意事項に同意の上、申請します。

年 月 日

利用者	住所	墨田区		
	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日 年齢 歳
	電話番号			65歳以上の方が対象です

新規申請

該当する項目に を御記入ください

利用者 状況	要介護認定 <input type="checkbox"/> (3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> その他 (対象になりません)
	入院・在宅 <input type="checkbox"/> 在宅である <input type="checkbox"/> 入院・入所中(対象になりません)
	理美容室に行くことができない心身の状態を記入してください ()
確認事項	伝染性の疾患にかかって <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる
	理美容中に安全に散髪等を <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない
	生活保護等は受けていますか <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
	老齢福祉年金は受けていますか <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 受けている

老齢福祉年金(大正5年4月1日以前に生まれた方が対象)を受けている方は裏面にも記入・押印をしてください。注意！老齢福祉年金は基礎年金と異なります。詳しくは裏面を御確認ください

再交付申請

該当する項目に 枚数を御記入ください

確認事項	再交付申請理由 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損
	使用済の券の枚数 (枚)

居宅において実施することが特に困難であると認めた場合は、居宅以外でサービスを実施できる場合がありますので、ご相談ください。

介護事業所情報(ケアマネージャ・ヘルパー等)

事業所名 _____ 担当者 _____

申請受付(_____ 高齢者支援総合センター)担当者 _____

同意事項

- (1) 請求を受けた負担額について、区の委託業者に速やかに支払うことに同意します。
- (2) 交付に係る費用を確定するため、必要に応じ次の個人情報を区の関係機関が保有する情報で確認することに同意します。
- ア 所得の状況
 - イ 生活保護等の受給の有無
 - ウ 老齢福祉年金の受給の有無
- (3) 必要な場合には、本申請書表面に記入した個人情報及び費用負担額について区の委託業者に提供することに同意します。
- (4) 伝染性疾患患者は、予約時に申告することに同意します。

老齢福祉年金とは、国民年金制度が発足した当時（昭和36年4月）既に御高齢であったために、老齢年金の受給資格期間を満たすことができない方に対して支給される年金です。

次の 又は に該当する方に支給されます。

生年月日が明治44年4月1日以前の方

生年月日が明治44年4月2日から大正5年4月1日までの方で、保険料納付済期間が1年未満であり、保険料納付期間と保険料免除期間を合算した期間が生年月日に応じて下表の期間を超えている方

生年月日	期間
明治45年4月1日以前	4年
明治45年4月2日～大正2年4月1日	5年
大正2年4月2日～大正3年4月1日	6年
大正3年4月2日～大正5年4月1日	7年

該当する場合は、利用者と同一世帯の方を全員分記入・押印してください。同一世帯員の所得の状況について、区の関係機関が保有する情報で確認することに同意します。

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____