

別記様式(第5条関係)

草津市高齢者福祉理髪サービス利用登録申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者 住 所 草津市

氏 名

利用者との続柄()

連絡先 TEL ー

草津市高齢者福祉理髪サービスを利用したいので、下記のとおり登録を申請します。

利用者	住 所	草津市				
	氏 名					
	生年月日	年 月 日生			歳	
	個人番号					
世帯員の状況	氏 名	続 柄	年齢	氏 名	続 柄	年齢
要介護状態区分		要介護 3・4・5 (該当区分を○で囲んでください)				
要介護認定の有効期間		年 月 日まで				
生活保護受給の有無		有・無				
上記申請に当たって、草津市が保有する市民税課税台帳の閲覧に同意します。 なお、満17歳以上で当該年度の課税基準日(1月1日)に草津市に住民登録のない場合等、税情報の閲覧ができない場合は、前住所地の市区町村が発行する当該年度の所得を証明する書類を添付します。						
対象者氏名_____ 印						
世帯員氏名_____ 印 世帯員氏名_____ 印						
世帯員氏名_____ 印 世帯員氏名_____ 印						

(備考)氏名を記載し押印することに代えて、署名することができます。

※下記は記入しないでください。

市民税 世帯課税状況調査結果	非課税 ・ 課税
----------------	----------

誓 約 書

私は、草津市高齢者福祉理髪サービスを利用するにあたり、次の事項について誓約いたします。

- 1 福祉理髪サービスを受けるときは、必ず1名の介助人を付け、理髪に立ち会うとともに福祉理髪サービス事業の受託者の指示に従い介助に当たります。
- 2 当日の理髪の不可の判定については、福祉理髪サービス事業の受託者の指示に従います。
- 3 福祉理髪サービスを受ける間に発生した不測の事故等については、故意または重大な過失がない限り、一切の責任を負い、将来にわたって異議の申し立てはいたしません。

なお、福祉理髪サービスの利用については、諸規定を守り、万一違反した場合には、利用の中止を命じられても異議を申し立てません。

年 月 日

草津市長 宛

利用者 住 所 草津市

氏 名 _____

申請者 住 所 草津市

氏 名 _____