**令和　　年　　月　　日**

**宮津市社会福祉協議会長　様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（申請者）** | **氏　名** | 印 |
|  | **住　所** | 〒　　－ |
|  |  | 宮津市字 |
|  | **電　話** | － |

**令和 年度　宮津市訪問理容サービス申込書**

上記サービスを受けたいので、下記のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利**  **用**  **者** | **住　所** | 〒　　－  宮津市字 | | **電　話** | － | | | | |
| **氏　名** |  | | **年　齢** | 歳 | **性　別** | | 男・女 | |
| **該当区分**  ○をしてください | | **①ねたきり高齢者** | **②認知症高齢者** | | **③重度障がい** | | **④その他**  **（　　　　　）** | | |
| **いずれかの方の署名**をお願いします | | ● 担当地区民生児童委員名（　　 　）地区 | | | | | | | 印 |
| ● 事業所名  担当 介護支援専門員（ケアマネジャー）名 | | | | | | | 印 |
| ● 担当 宮津市包括支援センター職員名 | | | | | | | 印 |
| **初回の理容サービス希望時期**  **令和　　　年　　　月頃**  ※　普段利用されている又は希望する理容店（福祉協力店）の名前  **（別紙の利用手順を参考にしてください）**を必ずご記入ください。  　　　　※　利用方法は、裏面をごらんください。  **（理容店名：　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | |

裏面あり

**注 意 事 項**

１　理容業務は、30分程度の時間ですので、ご家族（介護者）の方は常時付き添っ

ていただき、ご本人の身体を支えたり動かすときなどご協力ください。

２　整髪にあたっては、ハサミなどを使用しますので、危険が予想される方は整髪を

受けることができません（原則として顔剃りはしません）。

３．整髪後の身体清拭および身の回りの清掃は、ご家族（介護者）でお願いします。

４．ご本人の不注意で万が一事故が起こった場合、事業主体である宮津市社会福祉協

議会および理容店（理容師）は責任を負いかねますのでご了承ください。

**理容券の使い方**

１　理容券が手元に届きましたら、ご利用の理容店に連絡し、理容日を調整してくだ

さい。なお、理容日は原則として月曜日です。

２　この理容サービス事業は、**年間4回以内**でご利用いただけます。

３　理容料は、1回5,000円です。そのうち、半額を理容券1枚（2,500円）が負担

しますので、整髪が済みましたら**自己負担額2,500円と宮津市社協が発行していま**

**す理容券に申請者の確認印を押して**、理容師さんにお渡しください。

４　理容券の**有効期間**は、**申込受付完了後～令和6年3月31日まで**です。

５　理容券は、再発行しませんので取り扱いには十分注意してください。

６　理容券は、他に譲渡しないでください。

**福 祉 協 力 店**

　宮津理容組合加盟店で、この事業にご賛同いただいている理容店の皆様は「福祉

協力店」として、ご協力いただいております。

|  |
| --- |
| **―　問合せ先　―**  **社会福祉法人　宮津市社会福祉協議会**  **〒626-0041 宮津市字鶴賀2109番地の2**  **電話22-2090／FAX25-2414** |