

(様式第1号)

理(美)容師の出張業務に関する要請書

年 月 日

様

所在地

施設名

代表者名

当該施設は、社会福祉法第2条第1項に規定する社会福祉事業に供される通所施設ですが、下記の障害などの状態に該当する施設利用者のうち、介助がなければ理(美)容所に来ることが著しく困難である者に対して理(美)容師の出張業務をお願いします。

1 出張業務を要請する施設利用者の内訳

障害等の状態			人数	
①要介護状態1～5			名	
②精神障害者福祉手帳障害等級1～3級			名	
③養育手帳判定基準A・B			名	
④身体 障害者 障害程 度等級	視覚障害1・2級		名	
	平衡機能障害3級		名	
	肢 体 不 自 由	下肢1・2級		名
		体幹1級～3級		
		乳幼児以前の非進行性の脳 病変による運動機能障害	移動機能1級か3級 上肢・移動機能障害	名
心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸若しくは小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害			名	
⑤発育障害者			名	
合 計			名	

※ 人数の欄には、障害などの状態に該当するもののうち、介助がなければ理(美)容所に来ることが著しく困難である者の人数を記入すること。

2 出張業務を要請する日時等