

(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
	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 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