

神戸市要介護高齢者等訪問理美容サービス事業実施要綱実施細則

平成 12 年 3 月 31 日保健福祉局長決定

(目的)

第 1 条 この細則は、神戸市要介護高齢者等訪問理美容サービス事業実施要綱（平成 12 年 3 月 31 日市長決定。以下「要綱」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(事業者の登録)

第 2 条 要綱第 2 条にいう登録認定を受けようとする事業者は、訪問理美容サービス事業者登録申請書により当該年度事業開始までに市長に申請するものとする。また、継続して登録を受けようとする事業者は、訪問理美容サービス事業者継続登録申請書により当該年度事業開始までに市長に申請するものとする。

2 市長は、前条の申請があったときは、申請内容を審査し、その結果を訪問理美容サービス事業者登録認定通知書又は訪問理美容サービス事業者登録却下通知書により通知するものとする。

(実施内容)

第 3 条 要綱にいう理美容サービスとは、調髪又はカットのみとする。

(返還経費)

第 4 条 要綱第 9 条にいう経費とは、同第 10 条第 2 項に規定する一時負担金とする。

(書類の様式)

第 5 条 要綱に規定する書類の様式は、次の各号のとおりとする。

- | | |
|-----------------------|------------|
| (1) 神戸市訪問理美容サービス利用申請書 | 様式第 1 号①・② |
| (2) 訪問理美容サービス利用券 | 様式第 2 号 |
| (3) 訪問理美容サービス利用決定通知書 | 様式第 3 号 |
| (4) 訪問理美容サービス利用却下通知書 | 様式第 4 号 |
| (5) 訪問理美容サービス実績報告書 | 様式第 5 号 |

2 細則に規定する書類の様式は、次の各号のとおりとする。

- | | |
|-------------------------|---------|
| (1) 訪問理美容サービス事業者登録申請書 | 様式第 6 号 |
| (2) 訪問理美容サービス事業者登録認定通知書 | 様式第 7 号 |
| (3) 訪問理美容サービス事業者登録却下通知書 | 様式第 8 号 |
| (4) 訪問理美容サービス事業者継続登録申請書 | 様式第 9 号 |

附 則

この細則は、平成 12 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 13 年 2 月 27 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 23 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 25 年 8 月 16 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 25 年 12 月 18 日から施行する。

附 則

この細則は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この細則は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号 ① (第6条第1項関係)

神戸市訪問理美容サービス利用申請書

65歳以上の方

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の住所や要介護認定の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

| 利用年度 | | 令和 | 年度 | 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
|----------------------------|------------------------------|-----|----|-----|--------|--------------------|--------|---|---|
| 申請者 (サービスを必要とする高齢者) | フリガナ | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | T・S | 年 | 月 | 日 | () | 歳 | | |
| | 住民票の住所 | 〒 | — | 神戸市 | | | | | |
| | 住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入) | 〒 | — | 神戸市 | | | | | |
| | 日中の連絡先 | 電話 | — | — | 氏名 () | | 続柄 () | | |
| 要介護認定の状況 | 現在の要介護状態区分 | 要介護 | 4 | ・ | 5 | (該当する区分を○で囲んでください) | | | |
| | 要介護認定期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | | | | | | | | |
| | 電話 | — | — | 担当者 | | | | | |

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をする場合があります。

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 要介護4・5 | |
| 過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.) | |
| 整理番号 No. | <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 |
| 特記事項 | |

神戸市訪問理美容サービス利用申請書

65 歳未満の方

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の身体障害者手帳の交付状況、居住の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

| 利用年度 | 年度 | 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|---|--------------------------------|------------------------------|---|---|---|
| 申請者 サービスを必要とする身体障害者 ※対象者が 18 歳未満の場合は保護者 | フリガナ | | | | |
| | 氏名 (対象者が 18 歳未満の場合は保護者) | 続柄 (対象者が 18 歳以上の場合は記入不要) | | | |
| | 住民票の住所 | 〒 ー ー 神戸市 | | | |
| | 住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入) | 〒 ー ー 神戸市 | | | |
| | 日中の連絡先 | 電話 ー ー 氏名 () 続柄 () | | | |
| 障害者手帳の 交付状況 | フリガナ | | | | |
| | 対象者氏名 (対象者が 18 歳以上の場合は記入不要) | | | | |
| | 生年月日 | S・H・R 年 月 日 () 歳 | | | |
| | 身体障害等級 | 1 級 ・ 2 級 (該当する等級を○で囲んでください) | | | |
| | 身体障害者手帳番号 | | | | |

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

| | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|
| 受付日 | 年 月 日 | 整理番号 No. |
| <input type="checkbox"/> 1 級・2 級 | <input type="checkbox"/> 決定 | <input type="checkbox"/> 却下 |
| 過去の受給状況 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.) | |
| 特記事項 | | |

様式第2号(第4条第2項関係)

表面

| | | |
|---|---------------------------|-----|
| 訪問理美容サービス利用券 | | 年度分 |
| 利用者氏名: _____ | NO. _____ | |
| 1. <u>この券は金券・無料券ではありません。</u> | | |
| 2. <u>訪問理美容サービス終了後、この券を切り離し、右欄に署名のうえ、利用料金2,000円を添えて請負業者へお渡してください。</u> | 訪問理美容サービスを受けました。 年 月 日 | |
| 3. 裏面の注意事項をよくお読みください。 | 利用者氏名 _____ | |
| 4. 有効期限: 年3月31日まで | (代筆者 _____) | |
| 神戸市長 | 公印 | |

裏面

| | |
|---|---|
| 【ご注意】 1. この訪問理美容サービスは、表面に名前が記載されている方が対象です。 <u>ご本人以外は、このサービスをご利用できません。</u> 2. ご利用になる前に、ご希望の請負業者と利用日時を調整してください。ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。 3. <u>本券の他人への譲渡はできません。</u> 4. <u>以下の場合は利用できません。</u> 【65歳以上の方】要介護度が3以下になった 【65歳未満の方】身体障害者手帳の等級が1・2級ではなくなった | 【請負業者記入欄】 施設・組合名： _____ 請負実施者氏名： _____ |
|---|---|

(公印省略)
第 号
年 月 日

様

神戸市長

訪問理美容サービス利用決定通知書

申請のありました今年度の訪問理美容サービスの利用については、審査の結果、
以下のとおり決定しましたので通知します。

記

- 対象者
- 利用回数 回

【問い合わせ先】

電話：

（公印省略）
第 号
年 月 日

様

神戸市長

訪問理美容サービス利用却下通知書

年 月 日付で申請のありました訪問理美容サービスの利用については、
審査の結果、下記の理由により却下となりましたので通知します。

記

理由

[]

【問い合わせ先】

電話：

訪問理美容サービス事業実績報告書

事業主体 あて

事業者 〒

住所 _____

団体・施設名 _____

代表者氏名 _____

TEL _____

みだしの事業について、次のとおり実施しましたので、利用券を添付のうえ報告します。

年度第 四半期実績

| | 月 | 月 | 月 | 合計件数 | 一時負担金 金額 |
|------|---|---|---|------|-------------|
| 実施件数 | | | | | 円 |

注：一時負担金合計金額の欄には、合計件数に1,800円を乗じた金額を記入してください。

上記の合計金額を、以下の口座に振込みしてください。

| 銀行名 支店名 | 銀行 金庫 | | 支店 | 口座名義(カナ)30字以内 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----------------|----------|----|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金 種目 | 1. 普通 2. 当座 | 口座 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※口座名義が上段の事業者と異なる場合は、以下に口座名義人の住所、氏名等を記入してください。

〒

住所 _____

氏名 _____

TEL _____

様式第6号（細則第5条第2項関係）

| | |
|--|--------------|
| 登録No | |
| <p>訪問理美容サービス事業者登録申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>神戸市長 あて</p> <p>神戸市要介護高齢者等訪問理美容サービス事業実施要綱 第2条による登録認定を受けたいので申請します。</p> | |
| 申請者住所（団体、法人の場合は、主たる事務所の所在地） | 〒 Tel — — |
| 申請者氏名（団体、法人の場合はその名称及び代表者の氏名） | |

| | | |
|-------------------|--|------|
| 理容師・美容師氏名 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 理容師・美容師住所 | Tel — — | |
| 免許年月日及び番号 | (理容師 ・ 美容師) 年 月 日 都道 府県 第 号 | ※照合印 |

※ 免許者が複数の場合は、別紙一覧表を添付してください。

添付書類

- ① 理容師・美容師の免許証（写）※ ※原本を照合することがあります。
- ② 理容所または美容所の検査確認証（写）又は所轄行政庁の営業証明書
- ③ 理容所又は美容所に従事していない場合は、結核及び皮膚疾患の有無に関する医師の診断書

| | |
|-------------------------|---|
| 器具等の衛生措置を講じるための設備を備えた施設 | ①検査確認を受けた施設の場合 [固定店舗 ・ 移動車] 施設所在地 () Tel — — 施設名 () |
| | ②検査確認を受けた施設以外の場合 [基地（事務所等）・その他（)] 所在地 () |
| 損害賠償保険 | 加 入 ・ 未 加 入 |

様式第7号（細則第5条第2項関係）

第 号
年 月 日

様

神戸市長

訪問理美容サービス事業者
登録認定通知書

年 月 日付で申請のあった訪問理美容サービス事業者登録については、

審査の結果、その資格を有することを認定しましたので通知します。

第 号
年 月 日

様

神戸市長

訪問理美容サービス事業者
登録却下通知書

年 月 日付で申請のあった訪問理美容サービス事業者登録については、

審査の結果、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

理由

[]

神戸市長 へ

〒
住 所 _____

団体・個人名 _____

TEL _____

訪問理美容サービス事業者 継続登録申請書

神戸市訪問理美容サービス事業実施要綱実施細則第2条による継続登録を申請します。

| | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 継続に伴う登録事項の変更は、 1. ありません。 2. 下記のとおりです。 (○で囲んでください) | | | |
| 代 表 者 氏 名 住 所 | | | |
| 施 設 | 所在地 〒 施設名 | TEL | |
| 設 備 | | | |
| 理・美容師氏名 生年月日 | (理容師・美容師) 年 月 日生 | 免 許 年 月 日 及 び 番 号 | 年 月 日 都道 府県 第 号 |
| そ の 他 | | | |

※ 登録変更者が複数の場合は、別紙一覧表を添付してください。

※ 変更のあった場合は、それらが確認できる免許証(写)、検査確認証(写)または、所轄行政庁の営業証明書添付してください。