

加古川市訪問理美容サービス助成金交付申請書

令和 年 月 日

加古川市長 様

申請者住所 _____

(対象者)

氏名 _____

電話 _____

本人が自書できない場合

代筆者 _____

申請者との関係 _____

訪問理美容利用券の交付を受けるため、加古川市訪問理美容サービス利用料助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
区分	1 高齢者			
	2 障がい者 (障害の程度)
	3 その他			
対象者の状況	※ 一般の理美容サービスを利用することが困難な状況をお書きください。			
	1 ねたきり			
	2 その他 ()
民生委員	地区名	氏名		印

※下記は記入しないでください。

交付年月日	令和	年	月	日
交付番号	第	号	交付枚数	枚