様式第1号（第5関係）

訪問理美容サービス助成事業申請書

年　　月　　日

山田町長　　　　　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　印

次のとおり訪問理美容サービスを利用した際、助成を受けたいので申請します。

また、次の内容に同意します。

１　世帯の町民税の課税資料等を閲覧すること。

２　利用した理美容店に利用実態の照会をすること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | 住所 |  | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | | | 電話番号 | |  |
|  | | | 性別 | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 満　　　　歳 | | |
| 身体状況 | 要介護認定 | | 介護度： | | | |
| 身体障害者手帳 | | 有・無 | | 等級：　　　種　　　級 | |
| 連絡先 | 氏　　名  年齢 | | 対象者との続柄 | | | | 電話番号 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |