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 |
|  |  |  |
|  |  |  |