

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関市訪問理美容サービス費用助成事業申請書

関市訪問理美容サービスに要する費用の助成を受けたいので、関市訪問理美容サービス費用助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

なお、対象者の要件の確認をするために市の職員が、市税、保育料、水道料金、下水道使用料その他市に納付すべき歳入金の納付状況及び要介護度を調査することに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		電話番号	
住所	〒	要介護状態の区分	要介護 1・2・3・4・5
介護保険被保険者番号		障害名(級)	下肢・体幹 (級)
身体障害者手帳番号	岐阜県 第 号 年 月 日交付	外出が困難な理由	

※市使用欄

介護保険・身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	受付
決定日・指令番号	年 月 日 第 号	