

[申請代行機関]

須賀川市訪問理美容サービス利用認定申請書

年 月 日

須賀川市長

申請者 住所 須賀川市

氏名

電話番号

(対象者との関係)

須賀川市訪問理美容サービスの助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	〒 ー 須賀川市 (電話番号)		
	氏 名		性 別	
	生年月日	年 月 日	年 齡	歳
	区 分	該当する項目に○をつけてください 1 要介護認定 (3 ・ 4 ・ 5) 2 身体障害者手帳 (1 級 ・ 2 級) 3 その他		
申 請 の 理 由 (外出困難理由)				
世 帯 員 の 状 況	氏 名	対象者との続柄	年 齡	職 業

※申請時確認書類 対象者の介護保険証又は身体障害者手帳