

様式第1号（第4条関係）

訪問理美容サービス助成申請書

年 月 日

敦賀市長 あて

(申請者) 住 所 敦賀市

氏 名

電 話 ー

助成対象者との続柄

訪問理美容サービスの助成を受けたいので、敦賀市訪問理美容サービス助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所	ー 敦賀市		電話番号	ー
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)			
対象要件	(要介護者) 要 介 護 度	要介護： 3 ・ 4 ・ 5			
		有効期間： 年 月 日～ 年 月 日			
	(障がい者) 障害の等級・種別	1 級 ・ 2 級	視覚・下肢・体幹・移動機能障害		療育A
備 考					

【事務処理欄】

該当	申請月	交付枚数	交付番号
	4～6月	4枚	
	7～9月	3枚	
	10～12月	2枚	
	1～3月	1枚	