

様式第1号(第5条関係)

理髪サービス事業利用申請書

年 月 日

本巢市長 様

下記のとおり、本巢市高齢者等理髪サービス事業助成券の交付を申請します。
なお、申請内容について、市が各関係機関へ調査、照会、閲覧することに同意します。

	交付年度	年度		
申請者 (対象者)	ふりがな			
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 本巢市		
	電話番号	() -		
	状況	該当する項目全てに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 65歳以上の寝たきり状態である者で外出が困難である <input type="checkbox"/> 重度の障がい者(児)であり外出が困難である <input type="checkbox"/> 社会福祉施設等に入所していない <input type="checkbox"/> 病院に入院していない		

代理人が申請する場合は、下欄にも記入してください。

住所			
ふりがな			
氏名			
電話番号	() -	申請者との続柄	

<市確認欄>

来庁者確認欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---