訪問理美容サービス事業利用申請書

年　　月　　日

　　石巻市長　　　　(あて)

申請者　住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

　石巻市訪問理美容サービス事業実施要綱第5条の規定により、訪問理美容サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | | 石巻市 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 電話番号 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日(　　)歳 | | | | | | 性別 | | | | | 男・女 |
| 介護保険被保険者証番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | | | 要介護度 | |  | | | | | |
| 世帯の状況 | | | 単身・高齢者のみ・その他(　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 申請枚数 | | | 枚 | 申請月 | 4～6 | | | 7～9 | | 10～12 | | | 1～3 | |
| 交付限度 | 4 | | | 3 | | 2 | | | 1 | |
| 石巻市訪問理美容サービス事業の利用申請に伴い、市が私の市民税の課税状況について、調査することを承諾します。  対象者氏名  （署名又は記名押印） | | | | | | | | | | | | | | |
| 経由機関名  (地域包括支援センター等) | |  | | | | 担当者 | |  | | | 電話 |  | | |

※　以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用券交付枚数 | 枚 | 交付番号 | 第　　　　　　　号 |