様式第１号

令和７年度 東海市在宅訪問理美容サービス利用料金助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）東海市長

　このことについて、令和７年度東海市在宅訪問理美容サービス事業費助成要綱第６条の規定により申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者（在宅訪問理美容サービスを受ける方）** | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | 電話番号 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | 東海市 | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 年　齢 | 歳 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 要介護 | 要介護４　・　要介護５ | | | 身体障害者手帳  （下肢又は体幹機能） | | １級　・　２級 | |
| **申請者以外（親族等）の連絡先** | | | | | | | |
| 氏　　名 | | 申請者  との続柄 | 住　　　　所 | | | 電話番号 | |
|  | |  |  | | |  | |
| 私は、東海市が在宅訪問理美容サービスの実施に必要な個人情報を収集することに同意します。  　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

【市記入欄】※下の欄は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付決定枚数  □ ６枚（４・５月申請）  □ ５枚（６・７月申請）  □ ４枚（８・９月申請）  □ ３枚（10・11月申請）  □ ２枚（12・１月申請）  □ １枚（２・３月申請） | 交付番号 | | 第　　 号 | | 交付年月日 | | 年 　月 　日 | |
| 利用券交付決定伺 | | | | | | | |
| 課　　長 | 統括主幹 | | 主　　幹 | | 統括主任 | 担　　当 | 受　　付 |
|  |  | |  | |  |  |  |