

様式第1号

訪問散髪料金助成券支給申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人女川町社会福祉協議会長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

申請者

対象者との続柄 ()

電話番号 _____

訪問散髪料金助成券の交付を受けたいので申請します。

なお、内容の審査にあたり、本申請書記載の必要事項を関係機関に照会することに同意いたします。

対象者の状況	住 所	女川町 (区)		
	訪問散髪料金助成券を必要とする高齢者及び障害者の方	氏 名	性別	男・女
		電 話 番 号		
		生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
		介 護 認 定	要 介 護 (3 ・ 4 ・ 5)	
		障害の程度	身体障害者手帳 1 ・ 2 級	
※経由機関名 (申請代行の場合のみ記入)		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (担当者名) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 (事業所並びに担当者名) <input type="checkbox"/> 民生委員児童委員氏名 ()		

【添付書類】

- 1 介護保険被保険者証の写し (対象者分) 又は要介護認定の認定通知書
- 2 身体障害者手帳の写し