様式第１号（第３条関係）

訪問理美容サービス助成事業申請書

年　　月　　日

　甲賀市長　あて

申請者　住所

氏名

利用者との続柄（　　　　　　　）

　甲賀市訪問理美容サービス助成事業実施要綱第３条の規定により助成を受けたく下記により申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 甲賀市 | | | |
| 対象区分 | １　高齢者世帯に属する者  ２　身体障害者手帳の交付を受けている者 | | | |
| 同　意　書  この度、訪問理美容サービス助成事業を受けるに当たり、対象者の資格要件について、甲賀市長寿福祉課が関係機関に照会することを同意します。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　（対象者又は同一世帯の方）  　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　） | | | | |