様式第１号（第５条関係）

天理市訪問理美容サービス事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

　天理市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　次のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 同上  □ | 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | | 身障手帳 | 種　　　級 |
| 要介護度 | 要介護 |
| 一般の理美容  サービスの利用が困難な理由 | |  | | | |
| 世帯全員が市民税非課税である | | | | □はい　　□いいえ | |
| 同　　　　　意　　　　　書  　　天理市訪問理美容サービス事業の資格要件の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯全員の市民税の課税状況等について、調査・閲覧をすることに同意します。  住　所  氏　名 | | | | | | |

注意：身体障害者手帳又は介護保険被保険者証など、対象者の認定区分が分かる資料の写しを提出ください。