

様式第1号（第3条関係）

胎内市訪問理美容サービス助成事業利用券交付申請書

年　月　日

（あて先）胎内市長

申請者 住所 胎内市
氏名

※署名又は記名押印

電話

胎内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、次のとおり申請します。
併せて、胎内市訪問理美容サービス助成事業実施にあたり、胎内市が介護保険法に基づく
要介護認定結果について確認すること及び助成金の受領を訪問理美容サービスを提供する理
容店又は美容店に委任することに同意します。

利 用 者	住 所	〒 (電話 一)		
	フリガナ			
	氏 名			
生年月日		年 齡	歳	
要 件	介護保険	介護保険認定 (要介護 1 · 2 · 3 · 4 · 5)		
	被保険者証	介護保険被保険者番号		
備 考				

（添付書類）

介護保険被保険者証の写し

【事務処理欄】

利 用 の 可 否	可	・	否
-----------	---	---	---