様式第１号

鯖江市在宅理容・美容出張サービス利用助成券交付申請書

　　年　　月　　日

鯖江市長　殿

申請者　氏 名

対象者との関係・続柄(　　　　　)

住 所

電 話 番 号

鯖江市在宅理容・美容出張サービス利用助成券の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 氏名 |  | ※代筆の場合は  押印してください |
| 住所 | 鯖江市 | |
| 電話番号 |  | |
| 生年月日 | 年　 　　月　　 　日 | |
| 介護保険被保険者証番号 |  | |
| 要介護度 | 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | |
| 居住区分 | 自宅・その他（病院・施設等）  ※対象者が在宅でない場合は、交付の対象となりません。 | |