

令和 年 月 日

稲 城 市 長 殿

申請者(家族等)

住 所 稲 城 市

氏 名

(対象者との続柄)

☎ ()

稲城市高齢者出張理髪サービス割引券交付事業実施要綱第3条に基づき、
下記の通り稲城市高齢者出張理髪サービス割引券の交付を受けたく申請します。
なお、この申請に関して、要介護認定調査票により調査することに同意します。

対象者 氏 名		生 年 月 日	明 大 昭	年	月	日 (歳)
介 護 保 険 被 保 険 者 番 号		要 介 護 度		障 害 福 祉 手 当 受 給	有 ・ 無	
臥床の状況 該当する欄 にレ印をつ けてください。	<input type="checkbox"/> 椅子などに座った状態を保つことができる。 <input type="checkbox"/> 座った状態であるために、背もたれや介護者の支えが必要。 <input type="checkbox"/> 自分の手でささえれば、椅子などに座った状態を保つことができる。 <input type="checkbox"/> 椅子などに座った状態を保つことができない。 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※ 以下は、記入しないでください。

資格確認 年 月 日	令和 年 月 日	確認者印	
---------------	----------	------	--

割引券 交付枚数	枚	割引券 交付番号	
-------------	---	-------------	--

備 考		申請日毎の交付枚数 5/2~9/30 10枚 10/1~3/31 5枚
--------	--	---