

様式第1（第5条関係）

ねたきり高齢者等訪問理容サービス事業利用申請書

年 月 日

安 城 市 長

（申請者）住 所 安城市

氏 名 (※) (続柄)

電 話 () -

(※) 本人(申請者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記のとおり申請します。

なお、安城市在宅ねたきり高齢者及び身体障害者訪問理容サービス事業実施要綱第6条による所得の確認のため、市長が市民税の賦課資料を閲覧することに同意します。

記

対 象 者	住 所	安城市	電 話	() -
	ふりがな 氏 名		世帯主	
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成		
	身体障害 者手帳	下肢・体幹 1 級 手帳番号_____		
	要介護状 態区分等	・高齢者等介護人手当受給者が介護するねたきり高齢者に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ・要介護 (1・2・3・4・5)		
市記 入欄	課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		