

様式第1号(第4項関係)

青梅市身体障害者等施術助成

申請書

青梅市訪問理美容サービス

年　月　日

青梅市長殿

申請者

住 所 青梅市

氏 名

電話番号

上記の助成を受けたいので申請します。

対象者 氏名	申請者と同じ		
住 所	青梅市 申請者と同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	申請者と同じ ()
個人番号			
手帳の種別	身障手帳 級	愛の手帳 1度・2度	
市町村民税	非課税・課税・その他()		

助成別記載項目

青梅市身体障害者等施術助成(難病福祉手当受給者のみ)

特 殊 疾 病 名	
-----------	--

青梅市訪問理美容サービス

介護保険要介護認定結果	要介護 3・要介護 4・要介護 5
現在の状況	
協力店名	

申請した助成の期間中、所得に関して公簿で確認されることを同意します。また、訪問理美容サービスの申請者については、要介護認定状況等申請の内容について公簿で確認されることを同意します。

氏名