

様式第1号（第3条関係）

在宅ねたきり高齢者及び身体障害者出張理美容費助成申請書

年 月 日

刈谷市社会福祉協議会 会長

申請者 住 所 刈谷市 \_\_\_\_\_  
(対象者) (ふりがな)  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

在宅ねたきり高齢者及び身体障害者出張理美容費の助成を受けたいので申請します。

なお、本申請書に記載された私の個人に関する情報を愛知県理容生活衛生同業組合刈谷支部、愛知県美容業生活衛生同業組合刈谷支部に提供することに同意します。

また、貴会が刈谷市から、私の在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給状況、または身体障害者手帳交付状況に関する情報提供を受けることに同意します。

対象区分	<input type="checkbox"/> 在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者のうち寝たきりの状態にあるもの <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けた者で、下肢障害1級であるもの <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けた者で、体幹機能障害1級であるもの
------	---

対象者は、身体の状態等により記入ができないため、対象者本人の意思を確認の上、私が対象者に代わって、その記入を代筆しました。

<代筆者>

受給・交付の状況
年 月 日
確認印

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
対象者との関係 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_