様式第１号（第５条関係）

泉大津市訪問理美容サービス利用費助成申請書

年　　月　　日

泉大津市長　様

　　　　　　　　　　申請者　住所　　泉大津市

　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　次のとおり訪問理美容サービス利用費助成を申請いたします。なお、助成決定のために行う住民基本台帳の確認を承認します。

　また、助成金の請求及び受領を、訪問理美容サービスを提供する協力理美容店（理美容店が大阪府理容生活衛生同業組合泉大津支部に所属する場合は、同組合泉大津支部）に委任することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 泉大津市 | 電話 |  |
| 外出が困難となった年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日頃 |
| 要介護など身体等の状況 |  |
|  |

添付書類　要介護など身体等の状況のわかるもの