

申 請 書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

対象者との関係 _____

電話番号 () _____

下記のとおり申請します。

1 事業名 重度心身障害者訪問理美容サービス

2 利用者氏名

3 利用者住所

4 利用者生年月日

5 希望理美容店名 名 称 _____ 店コード ()

住 所 _____

電話番号 () _____

6 介助者 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 () _____

同 意 書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

受給者住所 _____

受給者氏名 _____ 印

私は、重度心身障がい者訪問理美容サービスを受給するに当たり、下記のとおり利用料の支払いおよび実施方法について同意します。

記

1 利用料額支払い

1回の利用につき500円を利用する店に直接支払います。

(利用適用日 年 月利用分から)

2 実施方法

理美容サービス実施中は、身体を急に動かさないようにし、安全に理美容サービスを受けます。