

神戸市訪問理美容サービス利用申請書

身体障害1・2級の方  
(65歳以上で要介護4・5の方を除く)

神戸市長 あて

理容所や美容所に出向くことが困難であるため、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の身体障害者手帳の交付状況、居住の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

| 利用年度   | 年度                           | 申請日                        | 年                       | 月 | 日 |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------|---|---|
| 申請者<br><br>(サービスを必要とする身体障害者 ※対象者が18歳未満の場合は保護者) | フリガナ                         |                            | 続柄                      |   |   |
|  | 氏名<br>(対象者が18歳未満の場合は保護者)     |                            | (対象者が18歳以上の場合<br>は記入不要) |   |   |
|  | 住民票の住所                       | 〒 ー<br>神戸市                 |                         |   |   |
|  | 住んでいる住所<br>(住民票の住所と異なる場合は記入) | 〒 ー<br>神戸市                 |                         |   |   |
| 日中の連絡先   | 電話 ー ー<br>氏名 ( ) 続柄 ( )      |                            |                         |   |   |
| 障害者手帳の<br>交付状況                                 | フリガナ                         |                            |                         |   |   |
|  | 対象者氏名<br>(対象者が18歳以上の場合は記入不要) |                            |                         |   |   |
|  | 生年月日                         | S・H・R 年 月 日 ( ) 歳          |                         |   |   |
|  | 身体障害等級                       | 1級 ・ 2級 (該当する等級を○で囲んでください) |                         |   |   |
|  | 身体障害者手帳番号                    |                            |                         |   |   |

神戸市要介護高齢者等訪問理美容サービス事業実施要綱第3条3号により申請します。  
(前年度までの利用者で障害等級1・2級かつ介護認定4・5に満たない方)

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

|   |   |
|---|---|
| 受付日 年 月 日   | 整理番号 No.  |
| <input type="checkbox"/> 1級・2級  | <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 |
| 過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No. ) |   |
| 特記事項  |   |