

記入例

(令和8年4月1日改訂)

様式第1号 ② (第6条第2号、第3号関係)

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	令和〇年度	申請日	令和〇年〇〇月〇〇日
申請者 サービスが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 コウベ タロウ	氏名 神戸 太郎	続柄 対象者が18歳以上の場合は記入不要
	住民票の住所	〒650 - 8570 神戸市 中央区加納町6丁目5番1号	
	住んでいる住所 住民票の住所と異なる場合は記入	〒 - 神戸市	
	日中の連絡先	電話 078 - 331 - 8181 氏名 (神戸 花子) 続柄 (母)	
障害者手帳の 交付状況	フリガナ 対象者氏名 対象者が18歳以上の場合は記入不要		
	生年月日	S・H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇) 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	神戸市第〇〇〇〇号	

- 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		