

神戸市訪問理美容サービス利用申請書 **65歳未満の方**

神戸市長 あて

下記のとおり、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 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	ふりがな		続柄	
	氏名 (対象者が18歳未満の場合は保護者)		(対象者が18歳以上の場合は記入不要)	
	住民票の住所	〒 ー 神戸市		
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒 ー 神戸市		
	日中の連絡先	電話 ー ー 氏名 () 続柄 ()		
障害者手帳の交付状況	ふりがな		性別 男・女	
	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 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			

※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		