様式第１号(第５条関係)

理容・美容出張業務費助成申請書

　　年　　月　　日

　　　越前市長

(申請者)

住所

氏名　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要です。）

電話番号　　　　－　　　　－

　越前市理容・美容出張業務費助成事業実施要綱に基づき助成を受けたいので、同要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 住所 |  | | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　(　　　　　　歳) | | | |
| 要介護状況 | 要介護度 | □要介護３　　　□　要介護４　　　□　要介護５ | | | |
| 認定年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 主な介護者 | 氏名 |  | 続　　柄 | | |
|  | | |