

阿賀野市高齢者訪問理美容サービス助成申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所 阿賀野市
氏 名

阿賀野市高齢者訪問理美容サービスの助成を受けたいので申請します。
なお、助成決定のため、貴職が介護認定状況を当助成該当の間、調査することに同意
します。 ※太枠内を記入してください

対 象 者	氏 名		男・女	生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	阿賀野市		電 話 番 号	—
	要介護度	要介護			
	困難な状 況	心身の状態から理髪のため店舗に出向くことが困難な状況			
備 考					

※審査欄 (担当課記入)	要介護度の確認	
	年 月 日 認定・却下 (初回の助成券有効期間： 年 月 日～ 年 月末まで)	