

# 国分寺市障害者福祉無料理容・美容券申請書

令和 年 月 日

国分寺市長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(対象者)

氏名 \_\_\_\_\_

申請書を提出する者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

無料理容・美容券の交付を受けるため、国分寺市障害者福祉理容・美容サービス事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、その承認のために対象者としての該当の有無について、公簿等で確認することに同意します。

対 象 者	ふりがな		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名			
	住 所		電 話 番 号	
	手帳の種類	該当するものに、チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 2級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 1度 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 2度		

以下の項目について、該当するものにチェックをしてください。

1. 市内に住所があり、在宅で生活していますか？ はい いいえ
2. 介護保険法の要介護区分3以上の判定を受けていますか？ はい いいえ

市処理欄

決裁	担当	係長	課長	収受印欄
決定	1. 申請を承認する 交付：令和 年 月 日 2. 申請を却下する 却下理由：			