

近江八幡市訪問理美容助成券利用申請書

年 月 日

近江八幡市長 宛

申請者 住所

氏名

(署名又は記名押印)

(対象者との続柄：)

電話

近江八幡市訪問理美容助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、助成券の交付を受けた場合は、氏名、住所及び電話番号の情報を取扱店に提供されることに同意します。

また、支給の可否を決定するため、及び訪問理美容助成サービスが支給されている間において、介護保険の要介護認定情報を閲覧されること及び世帯構成員全員の住民基本台帳、課税台帳、介護保険料収納台帳等について住民税課税台帳等の関係公簿を閲覧されることについて同意します。

対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
	要介護認定の結果	要介護 3・4・5		
	扶養状況	市町村民税扶養控除で 1. 扶養親族となっている 2. 扶養親族となっていない (※1の場合は下記扶養控除者欄に記入が必要です。)		
扶養控除者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
	扶養控除者の署名又は記名押印 (課税状況の照会の同意を兼ねます。)			
	住所：			
	氏名：	(署名又は記名押印)	対象者との関係：	

近江八幡市訪問理美容助成券受領書

年 月 日

近江八幡市長 宛

受領者 氏名

(署名又は記名押印)

助成対象者(氏名)に係る近江八幡市訪問理美容助成券を次のとおり受領しました。

助成券枚数	枚
助成券番号	第 番

※申請書提出前にご記入ください。

1	申請時点で、在宅で介護を受けている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (入院・入所中である)
2	65歳以上の単身者世帯又は65歳以上の人のみで構成される世帯である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	要介護認定は、要介護3以上である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	市町村民税世帯非課税者であり、かつ、市町村民税課税者に扶養されていない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	生活保護を受給している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	介護保険料の滞納がない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	心身の障害、傷病など、理容院又は美容院に行くことが困難な状況・理由をご記入ください。	