

様式第1号（第4条関係）

島本町訪問理美容サービス事業利用申請書

年 月 日

島 本 町 長 様

申出者住所 島本町

氏 名

印

電 話 9 6 -

島本町訪問理美容サービス事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	島本町		電 話	—
家族状況	氏 名		続 柄	備 考	
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者 要介護 (3・4・5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
備 考					

サービスを受けるために必要となる対象者の氏名、住所、身体状況等の情報を理美容店に提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印