

平成 年度 出張理容補助券申請書

課長	班長	担当者

受付年月日	平成 年 月 日
受付番号	—

利用者名 (寝たきりの方)		行政区	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 歳
住所	美郷町		
寝たきりの状態	介助を要し、日中もベッド上での生活が主体である。 <input type="checkbox"/> 座位を保つことができる <input type="checkbox"/> 座位を保つことができない		
補助券申請枚数 (2枚まで)	枚		

上記の寝たきり状態により、出張理容補助券の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者

印

美郷町社会福祉協議会

会長 鈴木 諄 一 様