

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