

様式第1（第4条関係）

鹿児島市重度身体障害者理髪サービス・美容サービス利用申請書

○年 ○月 ○日

鹿児島市長殿

申請者 住所 鹿児島市 山下町 丁目 11番 1号 番地
氏名 ○○ ○○
電話番号 (123) - (4567)

鹿児島市重度身体障害者理髪サービス・美容サービス事業実施要綱第4条の規定に基づき下記のとおり理髪サービス・美容サービスの申請をいたします。

希望するサービス	理髪サービス・美容サービス				
対象者	住所	鹿児島市 山下町11-1			
	氏名	○○ ○○			
	生年月日	昭和○年○月○日	年齢	満○○歳	
	身体障害者手帳の交付番号	県・市 第1234号	交付日	○年○月○日	
	障害の等級	1種 1級			
世帯状況	氏名	続柄	年齢	備考	
	○○ ○○	○○	○○		
	○○ ○○	○○	○○		