

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 丁目 番 号
町 番地
氏名
電話番号 () - ()

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			
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年 齢	満 歳	
	身体障害者手帳の交付番号	県・市 第 号	交付日	年 月 日	
	障 害 の 等 級	種 級			
世 帯 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	備 考	