

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

大村市長 様

申請者 住所  
氏名

(対象者との続柄)

電話番号

大村市訪問理美容サービス費支給申請書

大村市介護保険条例第9条の2に規定する訪問理美容サービス費の支給を受けたいので、大村市介護保険市町村特別給付に関する規則第5条の規定により、委任状を添え、次のとおり申請します。

対象者	住所		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	介護保険被保険者番号		要介護度	要介護
	要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
連絡先	住所		電話番号	
	氏名		続柄	
理容所又は美容所に行くことが困難である理由 (身体状況等)				