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） | |  | | | |