様式第１（第５条関係）

ねたきり高齢者等訪問理容サービス事業利用申請書

年　　月　　日

安　城　市　長

（申請者）住　所　安城市

氏　名　　㊞（続柄）

電　話　（　　）　　－

下記のとおり申請します。

なお、安城市在宅ねたきり高齢者及び身体障害者訪問理容サービス事業実施要綱第６条による所得の確認のため、市長が市民税の賦課資料を閲覧することに同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">対象者</td><td>住　　所</td><td>安城市</td><td>電　話</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>世帯主</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明治・大正
昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳</td><td colspan="3">下肢・体幹　１　級　　手帳番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>要介護状態区分等</td><td colspan="3">・高齢者等介護人手当受給者が介護するねたきり高齢者に
□　該当する　　□　該当しない
・要介護　（　１・２・３・４・５　）</td></tr>
<tr><td>市記入欄</td><td>課税状況</td><td colspan="3">□　市民税課税世帯　　□　市民税非課税世帯</td></tr>
</table>