

心身障害者理美容サービス事業
理美容券交付申請書

墨田区長 あて

申請者	申請日	年	月	日
	住所	墨田区	丁目	番 号
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	年	月	日
	個人番号			
	連絡先	()		

次のとおり、心身障害者理美容券の交付を申請します。

※該当する項目に○印をしてください。

1 障害の程度	(1) 国又は都の障害者福祉手当の認定をうけている。(支給停止中を含む。) <ul style="list-style-type: none"> ・(国) 特別障害者手当 ・(国) 障害児福祉手当 ・(国) 福祉手当(経過処置分) ・(都) 重度心身障害者福祉手当 	
	(2) 上記(1)の手当の認定を受けていないが、手帳の交付を受けている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 手帳の種類・等級 <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 1級 2級 ・愛の手帳 1度 2度 ② 理美容店へ行くことができない理由(具体的にご記入ください。) 	
2 その他	(1) 介護保険	要介護 1・2・3・4・5 度
	(2) 生活保護	受けている 受けていない

処理欄	課税状況	非課税 ・ 課税 ()						
	負担有無	有 ・ 無						
	交付枚数	申請月	4・5	6・7	8・9	10・11	12・1	2・3
	枚	枚 数	6枚	5枚	4枚	3枚	2枚	1枚