

墨田区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

年 月 日

申 請 者	氏 名		生 年 月 日	
			年 月 日	
	住 所	墨田区	丁目	番 号
	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。)	
	・(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 申請理由	(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。	
	・身体障害者手帳 1 級 2 級 ・愛の手帳 1 度 2 度	
3 その他	・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。)	
3 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

記 入 者	☐ 申請者と同じ(こちらに該当する場合、以下記入不要)		
	氏 名		申請者との 関係
	住 所		
	連 絡 先		

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