

記入見本

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

日付は記入不要です

墨田区長 あて

年 月 日

申請者	氏名 ふりがな 墨田 太郎	生年月日 昭和〇年 〇月 〇日
	住所 墨田区 吾妻橋 〇丁目 〇番 〇号	
	個人番号 123456789012	
	連絡先 03 (1234) 5678	

次のとおり、
(1)・(2)のどちらか該当する方に○をつけ、
その中で該当する項目に、すべて○をつけてください。

※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受けている。(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) 〇 ・(都) 重度心身障害者福祉手当 〇
	(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
2 申請理由	・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。) 必ずご記入ください。

申請者(交付対象者)と、申請者を記入する者が異なる
場合は、こちらをご記入ください。
(同じ場合は、□にチェックをつけてください。)

1・2・3・4・5 度

〇 受けていない

記入者	□ 申請者と同じ(こちらに該当) 以下記入不要		
	氏名 ふりがな 墨田 花子	申請者との 関係	子
	住所 墨田区 墨田〇丁目 〇番 〇—〇〇〇号		
	連絡先 03—9876—5432		

処理欄	課税状況	北細 細 ()						
	負担有							
	交付枚	2・1 2・3						
	枚 枚数	6枚	5枚	4枚	3枚	2枚	1枚	

記入不要です