

神戸市訪問理美容サービス利用申請書 **65歳未満の方**

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の身体障害者手帳の交付状況、居住の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	年度	申請日	年	月	日
申請者 サービスを必要とする身体障害者 ※対象者が18歳未満の場合は保護者	ふりがな		続柄 (対象者が18歳以上の場合は記入不要)		
	氏名 (対象者が18歳未満の場合は保護者)				
	住民票の住所	〒 ー ー 神戸市			
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒 ー ー 神戸市			
	日中の連絡先	電話 ー ー 氏名 () 続柄 ()			
障害者手帳の 交付状況	ふりがな		性別 男・女		
	対象者氏名 (対象者が18歳以上の場合は記入不要)				
	生年月日	S・H・R 年 月 日 () 歳			
	身体障害等級	1級 ・ 2級 (該当する等級を○で囲んでください)			
	身体障害者手帳番号				

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

受付日	年 月 日	整理番号 No.
<input type="checkbox"/> 1級・2級		<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
過去の受給状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)	
特記事項		

記入例

様式第1号 ② (第6条第2項関係)

神戸市訪問理美容サービス利用申請書

65歳未満の方

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の身体障害者手帳の交付状況、居住の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和● 年度	申請日	令和● 年 ● 月 ● 日
申請者 (サービスを必要とする身体障害者 ※対象者が18歳未満の場合は保護者)	ふりがな	コウベ タロウ	
	氏名 (対象者が18歳未満の場合は保護者)	神戸 太郎	
	住民票の住所	〒 650 - 8570 神戸市 中央区加納町6丁目5番1号	
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒 - 神戸市	
	日中の連絡先	電話 078 - 331 - 8181 氏名 (神戸 花子) 続柄 (母)	
障害者手帳の 交付状況	ふりがな		
	対象者氏名 (対象者が18歳以上の場合は記入不要)		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> S ・ H ・ R ● 年 ● 月 ● 日 (●) 歳	
	身体障害等級	<input checked="" type="radio"/> 1 級 ・ 2 級 (該当する等級を○で囲んでください)	
	身体障害者手帳番号	神戸市第●●号	

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

受付日	年 月 日	整理番号 No.
<input type="checkbox"/> 1 級 ・ 2 級		<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
過去の受給状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)	
特記事項		

(令和4年4月1日改訂)