様式第１（第５条関係）

大口町訪問理美容サービス利用申請書

年　　月　　日

大口町長　　　　　　　様

申請者　住　所　大口町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 対象区分 | | １．７０歳以上の単身者　　 ２．７５歳以上の高齢者世帯  ３．要介護 ３・４・５　　　　４．その他 | | | | | |
| 世帯状況  (申請者を除く) | | 氏　　　　名 | 続　　柄 | | 氏　　　　名 | | 続　　柄 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 備　　考 | |  | | | | | |