

様式第1号（第6条関係）

訪問理美容サービス事業申請書

年 月 日

喜多方市長 様

申請者 住 所 喜多方市

氏 名
(世帯主名 電話番号 ー)

次のとおり喜多方市訪問理美容サービス事業の申請をします。

フリガナ		
氏 名		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 - 喜多方市	
申 請 理 由	理容室及び美容室に出向くことが困難な理由 身体状況 1 要介護度 () 2 身体障害者手帳 (級) 3 その他	
※ 介護支援者	氏名： 電話番号 (ー)	
備 考	利用希望店名： 電話番号 (ー)	

※介護支援者・・・理美容サービス実施時に利用者の支援ができる者