

訪問理美容サービス助成券 交付申請書

年 月 日

(あて先)鎌倉市長

注：太枠の中だけ申請者をご記入ください

次のとおり、鎌倉市在宅生活支援サービス利用登録、及びサービス利用の申請をします。

この申請を審査するにあたり、住民登録・要介護認定等の個人情報を利用し、調査を行うことに同意します。なお、この申請にあたっては、対象者からも同様の同意を得ています。

申請者	住所	〒		
	フリガナ		電話 番号	
	氏名	(申請者自署または記名押印)	対象者から みた続柄	

※助成券は、特に申出がなければ申請者の方へお送りします。

対象者	住所	〒 鎌倉市			
	フリガナ		電話 番号		
	氏名		生年 月日	明・大・昭	年 月 日
			要介護認定 要介護4 ・ 要介護5		
	介護保険 被保険者証	被保険者番号 ()			

鎌倉市 処理欄	申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		
	確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	決裁日		交付日	
	大分類	(010)いきいき福祉担当		
	中分類	(150)在宅サービス		
	小分類	(110)訪問理美容サービス		
	フォルダー	003 資料		受付印