

## 理容サービス事業申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人杉戸町社会福祉協議会会長 宛

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり理容サービスを受けたく申請いたします。

利 用 者	住所	杉戸町		
	氏名		電話	
	生年月日	年 月 日	年齢	
障害者手帳の有無		有 ・ 無		
療育手帳の有無		有 ・ 無		
介護申請の有無		有 ・ 無 ・ 申請中		
※日常生活の状況				
※社協会員の有無		有 ・ 無		
※ 行 政 区			※加入者名	

(注) 1. 障害手帳又は療育手帳の交付を受けている場合はその写しを添付してください。

2. 要介護認定を受けている場合は介護保険被保険証の写しを添付してください。

※ 社協記入欄

※ 記入いただいた個人情報は、杉戸町社会福祉協議会の福祉サービスを実施すること以外の目的には使用いたしません。

決 裁	事務局長	主査	主任	主事	主事	回 覧	受付者