

重度心身障害者理容・美容サービス助成事業登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

武蔵野市民社会福祉協議会会長 殿

申請者 住 所
氏 名
(本人との関係)
電話番号

重度心身障害者理容・美容サービス助成事業実施規程第5条第1項により、下記の通り申請します。

本人	ふりがな				生 年 月 日
	氏 名		男 女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日
	住 所	武蔵野市		電話番号	
助成の種類		<input type="checkbox"/> 理容券	<input type="checkbox"/> 美容券	※どちらかにチェックしてください	

本人の状況					
手帳の種類	以下の項目について、あてはまるものに○をしてください。				手帳番号
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 下肢・体幹機能障害	1級・2級		東京都
	<input type="checkbox"/> 視覚障害		1級		第 号
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳		1度・2度		
障害名	※ 障害者手帳に記載されている障害名をご記入ください。				
振込先	※ 美容券希望者のみご記入ください				
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			<input type="checkbox"/> 普通 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	口座番号	ふりがな			
		口座名義			

※ 障害者手帳のコピーを添付してください。
申請書にご記入いただいた情報については、確認のため武蔵野市に照会する場合があります。

処理欄

決裁	係	係	主任	係長	局長	処理経過					
							收受	令和	年	月	日
							起案	令和	年	月	日
決定	1 登録申請を承認する。					決定	令和	年	月	日	
	2 登録申請を却下する。					承認番号					