

# 重度心身障害者理容・美容サービス助成事業登録申請書

平成 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 (続柄) 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条により、下記の通り申請いたします。

本人	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	男 女	明治・大正 昭和・平成	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	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <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をさせていただく場合がございます。

## 処理欄

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