

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	
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳		<input type="checkbox"/> 視覚障害		1級	
				1度・2度		
				東京都		
				第 号		
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	