

## 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			普通		<input type="checkbox"/>
		信用金庫			支店		<input type="checkbox"/>
		信用組合			貯蓄		<input type="checkbox"/>
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		