

訪問理美容 助成事業

○

①介護保険で要介護 1以上の認定を受けている者

②身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳
のいずれかの障害者手帳の交付を受けている者

1回あたり上限 3,000 円 (年 3 回まで)

- ①訪問理美容助成事業申請書兼請求書(裏面)
- ②対象者であることを証明するもの
- ③訪問理美容の領収書
- ④振込希望の口座情報が分かるもの(通帳等)

TEL:32-8199/FAX:32-8299



様式第 1 号（第 4 条関係）

宮代町社会福祉協議会高齢者等訪問理美容助成事業申請書兼請求書

年 月 日

宮代町社会福祉協議会会長 様

申請者住所
氏名
対象者との関係
連絡先

宮代町社会福祉協議会高齢者等訪問理美容助成事業実施要綱に基づき、高齢者等訪問理美容サービスの助成を受けたいので、下記のとおり申請・請求いたします。

対象者	住所	宮代町
	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	連絡先	
理美容店へ出向くことができない理由		
助成申請金額	3,000 円× 回（一年度に 3 回まで 1・2・3 回目） 円	
添付資料	☐ 介護保険被保険者証（写） ☐ 障害者手帳（身体・療育・精神）（写） ☐ 訪問理美容サービスを受けた際の領収書（写）等 ＊領収書は、訪問理美容サービスを受けたことが記載されたもの ☐ 振込先の口座が記入されている通帳（写）	

【振込先口座】

金融機関名	銀行・信組 信金・農協 その他	支店名	支店
種 別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			