

我孫子市障害者等理容料助成申請書

令和 年 月 日

我孫子市長 あて

住所
申請者 氏名 印
電話

次のとおり、理容料助成を受けたいので申請します。

理容料助成を受ける者	氏名			受給要件	身障級 知的障害者 寝たきり高齢者 精神障害者
		年 月 日 生			
	住所	我孫子市	電話		
家族の状況			現在の状況		
	氏名	続柄	備考		

※ 同意事項

令和 年度我孫子市障害者等理容料助成の決定のため、私の世帯の住民基本台帳情報、税情報について理容料助成担当職員が内容を確認することを承諾します。

氏名 _____ 印

調査の結果、令和 年度自己負担額を次のとおり決定する。

階層			支払うべき自己負担額	円
課長	主査長	担当		
			備考	