

理髪・美容出張（助成）券交付申請書

年 月 日

(あて先) 座間市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり理髪・美容出張（助成）券を申請します。

対 象 者	住 所		電話番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平
	区 分	65歳未満重度障害児者 (寝たきりの状態である者) 非課税世帯の重度障害児者		
決 定 区 分		交 付 す る		交 付 し な い
備 考				

理髪・美容出張（助成）券の申請に伴い、私の世帯の税資料閲覧を承諾します。

署名

印