

令和 年 月 日

令和 8 年度

福祉理美容出張サービス(福祉理美容券交付)申請書

江戸川区長 殿

私は、福祉理美容出張サービス(福祉理美容券交付)を申請します。

この申請・サービス実施にあたり、私の住民票記載事項、介護保険等の必要な情報を確認すること、サービスの自己負担額を区が委託した事業者に直接支払うことに同意します。また、申請日時点、入院・入所はしていません。(入院・入所中の申請はできません。)

申請者	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	歳	要介護度	4・5
	住 所	江戸川区					
	連絡先	()					
記入者	ふりがな				申請者 との続柄		
	氏 名						
	住 所						
	連絡先	()					

< 提出・問い合わせ先 >
江戸川区 福祉部 介護保険課 相談係
電話 5 6 6 2 - 0 0 6 1 (直通)