様式第１号（第４条関係）

岸和田市調髪利用券申請書

年　　月　　日

岸和田市長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
対象者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話　　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記により調髪利用券を申請します。

対象者	住所	岸和田市　　町		
	氏名			
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	年齢	歳
	電話番号	（　　）　　―		
	□　障害の区分	□　身体障害（１級・２級）　　□　療育（ 区分Ａ ）		
	□　介護の認定	□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５		

同意欄

調髪利用券の承認に必要な限度において、本人の障害種別ならびに障害程度等級及び要介護認定状況、その他必要事項の照会又は閲覧について、同意します。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※自署の場合は押印省略可）

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※自署の場合は押印省略可）

審査欄

確認日	年	月	日	確認者名
利用券の承認	可　・　否			