

様式第1号(第5条関係)

川越市重度身体障害者訪問理美容サービス利用登録申請書

平成 年 月 日

(提出先)  
川越市長

申請者 住所

氏名 印

電話番号 ( )

次のとおり川越市重度身体障害者訪問理美容サービス利用登録を申請します。

対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
	身体障害者 手帳番号	
利用する理美容業者 の所在地及び名称	所在地	
	名称	
備考		