**中川村訪問理美容券申請書（令和 　年度）**

令和　　年　　月　　日

中 川 村 長　様

中川村訪問理美容券の交付を受けたいので、下記の通り申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  対象者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 　　　　　　　　　　（地区 ：　　　　）長野県上伊那郡中川村　 |
| 電話番号　 |  |
| C M |  |
| 被保険者番号 | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護度 | 有効期限　　年　　月　　日～　　年　　月　　日要介護　３ **・** ４ **・** ５（該当する区分を○で囲んでください） |
| 申請者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

　**※入院・入所中により在宅されていない方は申請できません。**

《問い合わせ先》

中川村役場　保健福祉課　高齢福祉係

〒399-3892長野県中川村大草4045-1

電話（0265）88-3001（代）内線27､28　Fax （0265）88-3890

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〔村処理欄〕 | 受付 | 備考 | 送付 |
|  |  |  |