

長野市訪問理容・美容サービス券交付申請書（重度身体障害者）

長野市長 宛

令和 年 月 日

〒
 申請者 住 所 長野市

ふり がな
 氏 名 (利用者との続柄)

電話番号

訪問理容・美容サービス券の交付を申請します。

利用者	住 所	申請者と同じ場合は記入不要です		
	ふり がな 氏 名	申請者と同じ場合は記入不要です	生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	身体障害者手帳の番号	長野 第 号		
	身体障害の等級（総合）	種 級		
	身体障害名及び等級			

◎支給基準

身体障害者手帳所持者のうち1級に該当する者（これに準ずる者を含む。）のうち、在宅において常に寝たきりの状態の者又は外出することが困難な者。

<1級に準ずる者の判断について>

ア 視覚障害の等級が2級である者。

イ 下肢障害の等級が2級である者。

ウ 体幹機能障害の等級が2級である者。

エ 総合等級が1級である障害者（聴覚・言語・音声・そしゃく機能の障害が含まれている場合は、他の障害の等級で判断します）。

オ 障害福祉制度の車椅子が支給されている者。

<備考>

※ 内部障害のみ又は上肢障害のみである障害者は、その等級が1級である者。

※ 聴覚・言語・音声・そしゃく機能のみの障害者は、本制度の対象とはなりません。

※ 「外出することが困難」には、店舗内で理容・美容サービスを受けることが困難な場合を含みます。

※ ここからは記入しないでください

個人コード		受付印欄
支給券番号	～	