

様式第5号

身体障害者訪問理美容サービス利用辞退届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

身体障害者訪問理美容サービスの利用を辞退したいので届け出ます。

| | | | |
|-----------|---|--------------------------|---------------|
| 対象者 | フリガナ | | |
| | 氏 名 | | |
| | | (※) | |
| | (※) 対象者が署名しない場合は、記名押印してください。 | | |
| | 住 所 | 千葉市 区 | |
| | 連絡先電話番号 | (携帯電話など平日、日中の連絡先) — — | |
| | 電子メールアドレス | @ | |
| 辞退したい理由 | | | |
| 記入者 | <input type="checkbox"/> 対象者が記入 (以下 記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入 (以下も記入) | | |
| | フリガナ | | 対象者から 見た続柄 |
| | 氏 名 | | |
| | | (※) | |
| | (※) 記入者が署名しない場合は、記名押印してください。 | | |
| | 住 所 | 千葉市 区 | |
| | (※) 対象者の住所と同じ場合は記入不要 | | |
| 連絡先電話番号 | (携帯電話など平日、日中の連絡先) — — | | |
| 電子メールアドレス | @ | | |