

理美容サービスを受けた方が被介護者の場合(例 2)

今治市長 様

今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいため、関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名	今治 梅子	生年月日	H18 年 5 月 10 日
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 今治市〇〇町〇丁目〇番地〇		
	TEL	TEL 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		
	障害等級	： （ 1 種 1 級 ・ 1 種 2 級 ）		

代理申請の場合 代理人氏名 今治 花子 （続柄： 母 ）

住所 同上

サービス利用店舗名	美容室 〇〇		
理美容サービス利用日	R8 年 12 月 10 日	金額	3,800 円

振込先	金融機関の名称		預金種別	☒ 普通 ☐ 当座	
	〇〇	銀行	本店	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
		金庫	支店	フリガナ	イマバリ ハナコ
		組合	本所	口座名義人	今治 花子
	農協	支所			

※申請者と口座名義人が異なる場合は裏面の委任状を記入してください。

私は、本補助金を申請するに当たり、次の内容について誓約します。

☒ 本申請の内容は事実に相違なく、裏面に記載された申請要件を満たしています。

補助金交付申請額（上限4,000円）市記入欄

円

- | | |
|------------------|---|
| 市
確
認
欄 | ☐ 領収書原本（利用者氏名、利用店舗名及び住所、利用日、金額、内容が分かるもの）
☐ 補助金の振込先口座の通帳等の写し
☐ 被介護者の身体障害者手帳の写し
☐ 申請者（代理の方も含む）の身分証明書（提示） |
|------------------|---|

今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業【申請前確認事項】

理美容サービスの利用日において、下記の確認事項全てに該当する場合に、当事業に申請していただけます。

- ☒ 今治市に住所を有する
- ☒ 入院または施設等に入所しておらず、月の半分以上を在宅で生活している
※短期入所を月半分以上ご利用の場合は申請いただけません
- ☒ 65歳未満で、身体障害者手帳1級、2級（1種）を所持している
- ☒ 今治市内の理美容店または訪問理美容サービスを利用した
- ☒ 市税を滞納していない
- ☒ 暴力団、暴力団員及び暴力団員等ではない

※振込先の口座名義人が申請者と異なる場合に記入してください。

委任状

申請日と同日を記入してください

令和 8 年 12 月 15 日

（宛先）今治市長

委任者（申請者）

受任者（口座名義人）

住所 今治市〇〇町〇丁目〇番地〇

住所 同左

氏名 今治 梅子

氏名 今治 花子

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

私は、上記受任者を代理人と定め、私が今治市より支払いを受ける今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業補助金の受領に関する一切の権限を委任します。