

年 月 日

鴻 上 市 長 様

寝具類等洗濯乾燥消毒サービス申請書

次のとおり寝具類等洗濯乾燥消毒サービスの利用を申請します。

申請者 (利用者)	住 所			
	氏 名		電 話 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	
	介 護 認 定 等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	障 害 者 手 帳 等 の 交 付 状 況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（第 号 種 級）		
洗濯を希望する寝具 (合計3点まで)	1. 掛布団【(綿・羊毛・羽毛)(シングル・ダブル)】 2. 敷布団【(綿・羊毛)(シングル・ダブル)】 3. 毛布(シングル・ダブル) 4. ベッドパッド 5. 丹前(綿・毛布) 6. タオルケット 7. 肌布団 8. その他()			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 75歳以上の者のみで構成される世帯で要介護1以上の認定を受けている者がおり、同居家族による寝具の衛生管理が困難なため。 <input type="checkbox"/> 世帯の全ての者が要介護1以上の認定を受けており、同居家族による寝具の衛生管理が困難なため。 <input type="checkbox"/> 世帯の全ての者が障害者手帳等の交付を受けており、同居家族による寝具の衛生管理が困難なため。 <input type="checkbox"/> 上記に準ずる世帯で、次の理由により寝具の衛生管理が困難なため。 理由()			
同居家族 の 状 況	氏 名	生 年 月 日 (年 齢)	備 考 (身体状況、介護認定等)	
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		

寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業の利用申請にあたり、要件確認のため必要な範囲において、世帯状況及び課税状況、障害者手帳等の交付状況、要介護認定等の状況を確認すること、並びに委託事業者の本申請に届け出た事項について情報提供することに同意します。

本人氏名(署名) _____