

寝具洗濯乾燥消毒サービス利用申請書

令和 年 月 日

小林市長 様

利用申請者氏名
代行申請者氏名
代行事業所名
担当者名

寝具洗濯乾燥消毒サービスを受けたいため、申請します。

なお、申請に伴い、介護保険法に基づく要介護状態区分又は身体障害者手帳に記載の障害の等級について実施機関が調査をし、また、私及び私の世帯員に係る居住状況及び課税状況について、住民基本台帳及び課税台帳により確認されることに同意します。

※代筆及び代行で申請する場合は、本申請書記載事項の全てについて、本人の同意を得て申請を行うことが必要です。

利用申請者情報		
住所：		
電話：		
生年月日： 年 月 日（ 歳）		
介護認定状況	要介護	期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
身体障害者手帳	有（ 級）， 無	
集荷情報等連絡先		
（ 利用申請者と同様・代行事業所と同様・下記連絡先 ）		
氏名：		
続柄：		
電話：		
住所：		
洗濯希望の寝具	ア 掛布団 イ 敷布団 ウ 毛布	
追加品目の有無	有（ ）， 無	
不在日・不在曜日		
その他注意事項		
該当(非該当)通知送付先		
（ 利用申請者と同様・集荷情報連絡先と同様・下記連絡先 ）		
住所：		
氏名：		
電話：		
同世帯で上記申請者以外のサービス利用対象者		
氏名：		
電話：		
生年月日： 年 月 日（ 歳）		
介護認定状況	要介護	期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
身体障害者手帳	有（ 級）， 無	