

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業申請書

令和8年 4月 □□日

鯖江市福祉事務所長 殿

申請者（本人もしくは同居の家族）
住 所 鯖江市西山町●●
氏 名 鯖江 太郎

電話番号（●●）△△ - □□

寝具洗濯乾燥消毒サービスを希望しますので、下記のとおり申請します。
なお、事業実施のため世帯員の住民税課税状況について調査することに同意します。

記

該当する項目 (一方に○印)	○	① ひとり暮らし高齢者・高齢者のみの世帯員
		② 要介護者(要介護度3～5)

住所 〒916-×××× 鯖江市西山町○

対象者	氏 名	②の場合 要介護度	生 年 月 日
	鯖江 太郎		(大正・昭和) 14年 1月14日
	鯖江 花子		(大正・昭和) 15年 3月 9日
			(大正・昭和) 年 月 日

洗濯する寝具数	敷布団 2 枚	掛布団 2 枚	毛布 2 枚
寝具の貸出希望数	敷布団 2 枚	掛布団 2 枚	毛布 2 枚

収集・返却当日の立会者 鯖江 次郎 電話番号 (●●) △△ - □□

居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名 ○○居宅介護事業所 電話(△△) □□- ○○

担当介護支援専門員氏名 鯖江西 山三郎

対象者全員のお名前を記入してください。

洗濯できる枚数はおひとりにつき各寝具1枚までです。対象者が2人の場合は2枚までとなります。

貸出を希望される方は、枚数を記入してください。

※ 市記入欄

世帯員の住民税課税状況	課税者 (有 ・ なし)	負担金	円
-------------	----------------	-----	---

介護3～5の方は担当ケアマネジャーを経由して申請してください。担当ケアマネジャーの方は事業所名・担当介護支援専門員氏名を記入のうえ、市役所に提出してください。