

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業申請書

年 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
氏 名

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)		
対 象 者	住 所	〒916- 鯖江市		
	氏 名	②の場合 要介護度	生 年 月 日	
			(大正・昭和) 年 月 日	
			(大正・昭和) 年 月 日	
			(大正・昭和) 年 月 日	
洗濯する寝具数	敷布団 枚	掛布団 枚	毛布 枚	
寝具の貸出希望数	敷布団 枚	掛布団 枚	毛布 枚	
収集・返却当日 の立会者		電話番号	() —	

居宅介護支援事業所名 電話() —

担当介護支援専門員氏名

※ 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
-----------------	----------------	-----	---