**【令和６年度】**



１　内容　高齢者に清潔な安らぎを与え、介護者の労苦を軽減するため、

寝具類の洗濯・乾燥・消毒を行います。

対象者1人に対して、掛布団・敷布団・毛布の３種類で、それぞれ

１枚ずつ最大３枚まで洗濯・乾燥・消毒を行い、その期間中は無料

で布団の貸し出し(希望者のみ)を行います。

２　対象者　市内在住の方で、①または②に該当する人

1. おおむね６５歳以上で、在宅のひとり暮らし高齢者 または

高齢者のみの世帯員

② 要介護３、４、５に認定された在宅の要介護者

※収集日、返却日には本人または家族等の立会が必要です。

　　　　　　　　　立会が見込めない場合、申請書の受理はできません。

３　実施期間　年２回実施します。受付期間以外の申請はできません。

１回目　申請受付期間　　 ４月　８日(月)～ ４月１９日(金)

寝具類収集日　　 ５月　９日(木)

寝具類返却日　　 ５月１７日(金)

２回目　申請受付期間　　 ９月　２日(月)～ ９月１７日(火)

寝具類収集日　 １０月　２日(水)

寝具類返却日　 １０月１０日(木)

　　　　　　　　※当日の作業は業者に依頼しますので、収集（返却）日の変更や時間指定はできません。

申請後は収集（返却）日に、予定を入れないようご留意ください。

４　利用回数　**実施する２回のうち、どちらか１回のみご利用できます。**

５　利用者負担　住民税非課税世帯　負担金なし

住民税課税世帯　　敷布団 １枚 ７００円

　　　　　　　　　　　　　　　　　掛布団 １枚 ７００円

　　　　　　　　　　　　　　　　　毛　布 １枚 ３００円

６　申請書　希望する実施回の受付期間内に、別紙「様式第１号」を記入の上、市役所長寿福祉課に提出してください。（郵送での提出可。）

※要介護３、４、５の方は、担当ケアマネジャー経由で申請書を提出してください。

７　書類審査　対象者の要件を確認後、決定通知書を申請者へ送付します。

８　問合先　鯖江市役所長寿福祉課　５３－２２１９（直通）

裏面に申請書の記入例を記載しています。

様式第１号

**記入例**

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業申請書

令和６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　鯖江市〇〇町 □□-□□

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名　××　×××

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号（０７７８）××―△△△△

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。

対象者全員のお名前を記入して

ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当する項目(一方に〇印) | 〇 | 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－××××鯖江市〇〇町 □□―□□ |
| 氏　 名 | ②の場合要介護度 | 生 年 月 日 |
| 鯖山　×× |  | ( 大正・昭和 )１２年　７月３０日 |
| 鯖山　〇〇 |  | ( 大正・昭和 )１６年１０月２６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 | 鯖山　×× | 電話番号 | （０７７８）××―△△△△ |

記

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、市役所へ提出してください。

洗濯できる枚数は、お一人につき各寝具１枚です。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。

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、市役所へ提出してください。

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、市役所へ提出してください。

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、市役所へ提出してください。

居宅介護支援事業所名　○○居宅介護事業所　　電話（０７７８）５３－２２１９

担当介護支援専門員氏名 ○○　〇〇

※　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  |

【問合先　鯖江市長寿福祉課　５３－２２１９】