

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請書

令和 8 年 6 月 1 日

西 郷 村 長 様

申請者 住所 西郷村大字小田倉字上川向76-1

氏名 西郷 太郎

(続柄 本人 電話番号 25-0000)

下記のとおり、寝具洗濯乾燥消毒サービス事業を利用したいので実施要綱第5条の規定により申請します。

記

利 用 者	住所	西郷村 大字小田倉字上川向76-1						
	氏名	西郷 太郎		生年月日	大・昭	11 年 1 月 1 日	(89 歳)	
申 請 の 区 分 (該当する箇所に ○ を つ け る) 重度身体障がい者の 場合、身体障がい者手 帳の添付が必要	高齢者	1-1 要介護3以上 (要介護 3・4・5)		1-2 ひとり暮らし		1-3 高齢者のみ世帯		
	障重 が度 い身 者体	2-1 寝たきりの 重度身体障がい者等		2-2 ひとり暮らしの 重度身体障がい者等		2-3 身体障がい者等のみの世 帯の重度身体障がい者等		
寝 具 類 (サイズがわからない 場合はシングルに記 入)	掛布団類	綿	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		羊毛	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		羽毛	シングル	2 枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
	敷布団類	綿	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		羊毛	シングル	1 枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		羽毛	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
	毛布類	一重	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		羊毛	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
		二重	シングル	枚	セミダブル	枚	ダブル	枚
	寝巻類	丹前		枚	正確なサイズは、回収時に確認をします			
※各類型ごとに2枚までとし、計3枚を限度とする。								
世 帯 構 成 員 (利用者以外)	氏 名	年 齢		続 柄	備 考			
	西郷 花子	89		妻				
備 考	デイサービスの利用がある方は利用の曜日に○をつけてください。(月・火・水・木・金)							

事務担当記入欄(

行政区：北部・中部・南部)

No. _____