

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請書

西郷村長様

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

(続柄 電話番号)

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						
	氏 名		生年 月日	大・昭 年 月 日 (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	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	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			
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)							