

寝具のクリーニング・乾燥事業利用申請書

年 月 日

大府市長 殿

(申請者)

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係

下記のとおり寝具のクリーニング・乾燥事業の利用を申請します。

対象者	住 所	大府市 町			
	電話番号	電話 ()			
	フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	氏 名				
種別 (いずれかに☑)	ひとり暮らし高齢者 ねたきり高齢者(要介護4・5) 被保険者番号 _____ 身体障害者手帳(1・2級)所持 療育手帳(A判定)所持				
確認事項 (☑を入れる)	現在、在宅で生活している。				

実施希望月(実施を希望する月に を記入してください。)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

承諾署名欄

この事業の利用の適否を判断するためや、利用対象者への援助を行うために大府市が行う下記の事項について承諾します。

- (1) 大府市や地域包括支援センター等関係機関の職員が家庭訪問を行うこと。
- (2) 利用対象者及び同居世帯の所得・課税状況を調査すること。
- (3) 地域包括支援センター、民生児童委員などの関係機関と連絡・調整をすること。

利用者署名 _____ 署名代行者氏名 _____ (続柄 _____)