

## 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請書

年 月 日

精華町長 様

申請者(又は介護者等)

住 所

氏 名

電話番号

携帯電話

精華町寝具洗濯乾燥消毒サービス事業実施要綱に基づき、寝具洗濯乾燥消毒事業の利用を申請します。

対 象 者	住 所 <small>(回収納品先)</small>	精華町			電話番号 ( )	携帯電話 ( )
	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	要介護度	
	氏 名		明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	要介護		
希 望 寝 具 等	希望の寝具に○印をして下さい。					
	敷布団( 綿 ・ 羊毛 ・ 羽毛 ) _____ 枚(シングルサイズ)					
	掛布団( 綿 ・ 羊毛 ・ 羽毛 ) _____ 枚(シングルサイズ)					
	毛 布 _____ 枚(シングルサイズ)					
計 _____ 枚						
担 当 事 業 所	居宅事業所名 :		担当ケアマネ :			
	事業所 TEL :					
時 間	回収・配達時間に「○」をお願いします。 回収時間： 午前：9時～12時      午後：13時～16時 配達時間： 午前：9時～12時      午後：13時～16時 (注) 時間指定はできません。					

※対象は要介護3以上の寝たきり高齢者等です。申込みの際、要介護度の確認が必要となりますので。

介護保険被保険者証の写しを添付をお願いします。

※お預かりした個人情報は本事業以外に使用することはありません。