

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 (回収納品先)	精華町			電話番号 ()	
	ふりがな		男	生年月日	携帯電話 ()	要介護度
	氏 名		女	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。