

寝具洗濯乾燥消毒サービス利用申請書

年 月 日

新宮町長 様

申請者 住所
氏名

印

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

1. 申請者 ※ 該当する事項に○をつけてください。	氏名		男 ・ 女
	住所	新宮町	
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日生 (歳)	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 () ①お子さんは新宮町内にいますか？ 町内にいる・町外にいる (県 市在住) ・いない ②兄弟姉妹などの親族は新宮町内にいますか？ 町内にいる・町外にいる (県 市在住) ・いない	
申請理由	<input type="checkbox"/> 65歳以上の一人暮らしで、疾病や心身の障がいの理由で寝具の衛生管理が困難であるため ※介護認定 なし ・ あり (要支援 ・ 要介護) <input type="checkbox"/> 傷病や心身の障がいの理由で、1日の大半を車椅子、または寝具上で臥床して過ごしている状況であるため。 <input type="checkbox"/> その他の理由：		
2. 利用希望 ※ 該当する事項に○をつけてください。	①回収・配達はいつがよいですか？ 希望する曜日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 曜日を希望 ②時間帯は、いつがよいですか？ <input type="checkbox"/> 「午前」を希望 <input type="checkbox"/> 「午後」を希望 ③代替の布団が必要ですか？ <input type="checkbox"/> 必要 (掛け布団 ・ 敷き布団 ・ 毛布) <input type="checkbox"/> 不要		