

<記入例>

窓口に提出する日を記入してください。(翌月からサービスを利用できます。)

様式第1号(第4条関係)
 坂出市長 殿

令和 6 年 3 月 1 日

住所 坂出市室町二丁目3-5
 申請者 氏名 坂出 次郎 ※
 電話 44 - 5090
 利用者との続柄 (本人)
※署名(氏名を自署)できない場合は、記名押印が必要です。

坂出市寝具乾燥消毒サービス事業申請書

坂出市寝具乾燥消毒サービス事業を受けたいので、坂出市寝具乾燥消毒サービス事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

記

申請者は、本人または家族です。
 ※署名(氏名を自署)できない場合は、記名押印が必要です。

利用者の状況	ふりがな	さかいて (ろう)		生年月日	昭和20年 4月 1日 (78 歳)	
	氏名	坂出 次郎				
本人の状況	住所	坂出市 室町二丁目3-5		電話	44 - 5090	
	本人の状況	①ひとり暮らし 2.高齢者夫婦世帯 3.その他 1.おたきり 2.認知症 ③ 虚 弱				
	要介護認定	要支援1 要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		No.		
主な傷病名	高血圧、糖尿病					
	同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先等	電話
自宅付近の見取り図						
民生児童委員 証明欄	上記の者は、在宅で、65歳以上(40歳以上65歳未満の特定疾病の者を含む)の一人暮らし世帯または高齢者のみの世帯であることを証明する。 地区民生児童委員					

別世帯でも、同じ住所地に居住しているかたは記入してください。

業者が寝具を取りに訪問しますので、簡単に記入してください。

地区の担当民生委員に証明をもらってください。