

坂出市長 殿

住所

申請者

氏名

※

電話

—

利用者との続柄

(

)

※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

利 用 者 の 状 況	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)			
	氏 名						
	住 所	坂出市			電話		
	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.ねたきり 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						
家 庭 状 況	同居家族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	電話	備考
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					