様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

坂出市長　殿

申請者
住所
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 氏　名		生年月日	年　月　日		
	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　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）の一人暮らしまたは高齢者のみであることを証明する。 地区民生児童委員						