

<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)

令和7年 3月 1日

坂出市長 殿

住所 坂出市室町二丁目3-5

申請者 氏名 坂出 三郎 ※

電話 0877-44-5090

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 さぶろう		生年月日	昭和20年 4月 1日	
	氏名	坂出 三郎				
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 1.おたきり 2.認知症		3.その他 ③虚 弱		
主な傷病名	要介護認定	要支援 ②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	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					

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。

地区の担当民生児童委員に証明をもらってください。