

坂出市長 殿

住所

申請者 氏名 ※

電話 ー

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		
	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		3.その他	
		1.ねたきり		2.認知症		3.虚弱	
状況	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	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">地区民生児童委員</p>						