

寝具洗濯乾燥消毒サービス利用申請書

令和●●年 ●●月 ●●日

蒲 郡 市 長 様

申請者 住 所 蒲郡市旭町17番1号

申請者は対象者本人または同一世帯の方

氏 名 長寿 太郎

下記のとおり寝具洗濯乾燥消毒サービスを受けたいので申請します。

記

対 象 者	ふりがな	ちようじゅ たろう		
	氏 名	長寿 太郎		
	電 話	0533-66-1105		
	生年月日	昭和 20 年 9 月 1 日生 (80 歳)		
世 帯 員 の 状 況	住 所	〒443-8601 蒲郡市旭町17番1号		
	氏 名	対象者との続柄	生年月日	備 考 欄
	長寿 太郎	本人	S20.9.1	

申請者には手紙で日程等をお知らせします。
申請者以外に決定日時等の連絡が必要な場合にはご記入下さい

対象者以外の連絡先 (連絡が必要な場合のみ記入)	氏名 長寿 花	電話 090-●●●●-××××
貸し布団の希望 (希望者のみ○印)	掛布団 ・ 敷布団 ・ 両方	
その他連絡事項 (都合のつかない曜日・時間帯など)	火曜日午後はデイサービスで不在	

また、年度中の寝具洗濯乾燥消毒サービスの利用申請について、対象者及び世帯員の所得状況等に係る公簿等の閲覧等に関する所定の権限を蒲郡市長に委任します。

令和●●年 ●●月 ●●日

同意者 住 所 蒲郡市旭町17番1号

(対象者又は世帯員)

同意者署名は同年度中は有効。2回目3回目の申請時には空欄で大丈夫です。
※ただし、世帯員に変更があった場合には再度署名が必要になります。

氏 名 長寿 太郎

代筆の場合は本人の印鑑が必要です

※署名又は記名押印

対象者との続柄 (本人)

※市処理欄（記入しないでください）

掛布団	敷布団	非課税	ひとり暮らし	要介護	要支援	重度心身障がい者	該当	同意の有無
								有・無
手帳番号			障害名			障害等級	種 級	