

町田市寝具乾燥消毒事業利用申請書

町 田 市 長 様

年 月 日

申請者	住所	〒	続柄	
	ふりがな	-----		電話番号
	氏名			

留意事項に同意し、下記事業の利用を申請いたします。

確認	(留意事項) 市担当者が公簿等により市民税の課税状況又は介護保険料の賦課状況を確認します。 ※この情報の利用にあたっては個人情報保護の目的を尊重し、下記事業の利用者負担額の決定 以外の目的には、一切利用いたしません。
<input type="checkbox"/>	

利用者	住所			
	ふりがな	-----		生年月日 年齢
	氏名			
	介護保険 被保険者番号			電話番号

確認	要件	状況を具体的に記載ください
<input type="checkbox"/>	市内在住の65歳以上の単身	
<input type="checkbox"/>	高齢者のみの世帯	
<input type="checkbox"/>	失禁がある	
<input type="checkbox"/>	寝具の清潔が保てない	
<input type="checkbox"/>	寝具が干せない	

日程調整の 連絡先	申請者 ・ 利用者 その他( )	電話番号	
--------------	---------------------	------	--

作成者	居宅介護支援事業所 ・ 高齢者支援センター	電話番号	
	事業所名:	担当者名	

※ 申請結果は申請者宛に送付いたします。