

高齢者寝具洗濯乾燥サービス利用申請書

杉並区長 宛

次のとおり申請をします。

申請年月日

年

月

日

申請者 (利用者)	フリガナ			生年月日		
	氏名			年	月	日()歳
	住所	〒 - 杉並区 丁目 番 号				
	電話番号	()		携帯	()	
緊急時 連絡先	フリガナ			申請者との関係		
	氏名					
	電話番号	()		*利用者以外に連絡をご希望の方はご記入ください		
実施ハガキ 送付先	フリガナ			申請者との関係		
	氏名					
	住所	〒 - 丁目 番 号 *実施日は、毎回事前にハガキでお知らせします				
現在の 状況	該当する項目にチェック(✓)をしてください。					
	介護保険 認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()		認定の有効期限	年	月 日
	障害者手帳 交付状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1~2級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳1~2度		※以上に該当し、かつ寝たきり状態の方は「心身障害者寝具洗濯乾燥」サービスをご利用頂けます。		
	1 同一世帯に、寝具を干すことが可能な方がいない			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	※「はい」にチェックをした方で、同居の方がいる場合は、同居の方が干すことができない理由をご記入ください。					
	()					
	2 日常生活はほぼ自立しているが、腰痛や病気等の理由のため寝具を干せない			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	※「はい」にチェックをした方は、理由を詳しくご記入ください。					
	()					
	3 寝たきり等の状態で、自立した日常生活を送ることが難しい			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
※「はい」にチェックをした方は、ご状況を詳しくご記入ください。						
()						
4 排泄障害により布団を汚しやすいなど、寝具の衛生に特段の配慮が必要である			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
※「はい」にチェックをした方は、ご状況を詳しくご記入ください。						
()						
希望 コース	希望するコースにチェック(✓)をしてください。					
	<input type="checkbox"/> 乾燥コース(毎月乾燥と年2回の洗濯乾燥)		<input type="checkbox"/> 洗濯コース(5・7・9・11・1・3月に洗濯乾燥)			

私は、高齢者寝具洗濯乾燥サービス利用承認または区が必要とした場合、住民記録情報・税情報等、区が保有する個人情報の利用に同意します。

また、申請書の内容を区が委託した事業所に提供することに同意します。

申請者(利用者)氏名

届出者	フリガナ			申請者 との関係		電話番号	
	氏名						