

高齢者寝具洗濯乾燥サービス利用申請書

申請年月日 年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり、杉並区高齢者寝具洗濯乾燥サービス事業の利用を申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 区が杉並区高齢者寝具洗濯乾燥サービス事業の資格要件確認又は必要に応じ、住民記録情報・税情報・介護保険情報等区が保有する個人情報を確認すること。
- 2 区が申請者に係る情報について、必要に応じ、区が委託した事業者から提供を受け、又はこれらに提供すること。

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		
	住所	〒 -	
	電話番号	()	
実施ハガキ送付先	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒 - *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 同居の方がいる。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	※「はい」にチェックをした方は、同居の方が寝具を干すことができない身体的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、身体的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。 ()			
5 寝具回収時、代替りの布団の貸し出し(無料)を希望する。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6 寝具回収時、玄関までの運び出しを希望する。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
コース希望	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)		
届出者	フリガナ		
	氏名	申請者との関係	電話番号