

高齢者寝具類洗濯乾燥申請書

豊島区長

年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

高齢者寝具類洗濯乾燥事業を利用したく、下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 丁目 番 号 方・荘 自宅Tel () 携帯Tel ()	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	介護度 (○をつける) 要介護【3・4・5】	世帯状況 (○をつける) 一人暮らし高齢者・高齢者のみ世帯	介護保険料所得段階 第 段階
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
同居者	フリガナ 氏名	住所	関係
連絡先		住所	関係
フリガナ 氏名		電話 ()	
通知・実施はがき送付先 (本人宅以外希望の場合)		住所	関係
フリガナ 氏名		電話 ()	
同意書			
豊島区長 高齢者寝具類洗濯乾燥事業の資格要件確認のため、毎年わたしの世帯状況・要介護度・介護保険料所得段階を調査することに同意します。また高齢者総合相談センター運営受託事業者に提供することに同意します。			
年 月 日			
申請者住所		申請者署名	

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

受付番号	第 号
受付日	/ /
助成決定	助成・却下
決定日	/ /
自己負担	有・無

所得段階
介護度

入力 <input type="checkbox"/>	通知 <input type="checkbox"/>	事業者へ連絡 <input type="checkbox"/>		
高齢者福祉課			高齢者総合相談センター	
課長	係長	担当	確認	受付