

寝具クリーニングサービス申請書

令和 年 月 日

(あて先) 東海市長

申請者(対象者)

住 所

氏 名

(申請者が対象者である場合は、住所を省略していただいてもかまいません。)

下記のとおり、東海市寝具クリーニングサービス事業実施要綱第3条の規定に基づき、寝具クリーニングサービスを申請します。

なお、東海市長が、寝具クリーニングサービス事業に必要な世帯の税関係書類を閲覧することに同意します。

記

対象者	住 所	東海市				
	フリガナ		電 話	-	-	
	氏 名		生年月日	.	.	
区 分	<input type="checkbox"/> 要介護4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級・2級の肢体不自由者又は視覚障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 寝具の清潔を保つため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅で介護 <input type="checkbox"/> 入院中 (入院先等)					
世 帯 状 況 (対象者 からの 続柄)	氏 名	年 齢	続 柄	氏 名	年 齢	続 柄
備 考 欄						

※ 以下は記入不要

登録番号		決定番号		台帳処理		評価資料	
サービスの可否	可・否	確認者		市民税の 課税状況	本人:	課税	・非課税
確認年月日					その他:	課税	・非課税