

平成30年度 虚弱高齢者等ふとん丸洗い事業申込書

平成 年 月 日

1. 対象者 ※住所については、マンション・アパート名も記載してください。

住所	門真市	電話番号	() -	男	
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	女	
氏名			(歳)		
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5			※確認欄には記載しないで下さい	
認定年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			要介護状態区分 確認欄	
所得の状況	非課税世帯 ・ その他 ()			所得状況 確認欄	
対象者の状況	() ひとり暮らしで、虚弱または認知症の状態にある			前年度実施状況 確認欄	
	() 高齢者のみの世帯に属し、世帯全員が虚弱または認知症の状態にある				
	() その他()			有 ・ 無	
希望日時	第1希望	(月)(日) AM ・ PM(時)ごろ		◇その他希望曜日・時間帯 (曜日)・(時)ごろ	
	第2希望	(月)(日) AM ・ PM(時)ごろ			
希望種別	掛けふとん	(枚)	代わりのふとん	掛けふとん	要 ・ 否
	敷きふとん	(枚)		敷きふとん	要 ・ 否
	毛布	(枚)			
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 所属・事業所名 _____ 氏名(職名) _____ () 印 連絡先電話番号 () - _____					

社会福祉法人門真市社会福祉協議会 会長様
社会福祉法人 門真市社会福祉協議会 虚弱高齢者等ふとん丸洗い事業実施要綱第3条の規程に基づき
申し込みます。

なお、本要綱第2条(対象者)の適否について行政担当課に照会を求めるとに同意します。
併せて、ノロウイルスやインフルエンザ等の感染する病気に感染していないこと、また、嘔吐物等が付着し
二次感染の可能性のある布団ではないことに同意します。

平成 年 月 日

申請者(ご本人) { 住所 門真市 _____
氏名 _____ 印
電話 _____

備考(注意事項など)

- ※1 尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。
- ※2 尚、年度末の申請につきましては、3月15日までの申請で、次年度4月12日までに受取可能分を今年度分として受付させていただきます。

全体番号() 校区名() 校区番号()