様式第８号（第３条関係）

年　　月　　日

寝具類等洗濯乾燥消毒サービス利用申請書

　　琴平町長　　　　様

申請者　住所　琴平町

氏名

　　琴平町在宅高齢者介護予防・生活支援事業実施要綱に基づく、寝具類等洗濯乾燥消毒サービスを受けたいので、次のとおり申請します。利用決定のために必要があるときは、対象者の障害等級並びに対象者及びその世帯員の住民票に関する情報について照会することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の状況 | 住所 | | | 琴平町 | | | 電話 | |  |
| 氏名 | | |  | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
|  | １　歩行 | | | ア　自分で歩ける　　　　　イ　一部介助がいる  ウ　自分で歩けない | | | | |
| ２　排泄 | | | ア　自分でできる　　　　　イ　一部介助がいる  ウ　自分でできない | | | | |
| ３　食事 | | | ア　自分で食べる　　　　　イ　一部介助がいる  ウ　自分で食べられない | | | | |
| ４　入浴 | | | ア　自分でできる　　　　　イ　一部介助がいる  ウ　自分でできない | | | | |
| ５　着脱衣 | | | ア　自分でできる　　　　　イ　一部介助がいる  ウ　自分でできない | | | | |
| 健康状態 | | | | １　良好　　　　２　通院　　　　３　その他 | | | | |
| 日常生活の状況 | | | |  | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | 有（障害程度　　　種　　　級）　・　無 | | | | |
| 現在使用寝具 | | | | １　綿布団　　２　羊毛布団　　３　羽毛布団　　４　その他 | | | | |
| 洗濯を希望する寝具類 | | | | １　掛布団（　）枚　　２　敷布団（　）枚  ３　毛布　（　）枚　　４　枕  ５　マットレス　　　　　　　　　　(１～５の内３点を選択) | | | | |
| 家族の状況 | | | 住所 | |  | 電話 | |  | |
| 氏名 | |  | 続柄 | |  | |
| 民生委員意見  　　□　75歳以上のひとり暮らしの高齢者  　　□　75歳以上の高齢者のみの世帯  　　□　身体障害者（重度で寝たきりの者）  　　□　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　であることを確認しました。  地区担当民生委員 | | | | | | | | | |