

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

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	連絡先	
	氏 名		家族等 連絡先	※本人と連絡が取れない場合に連絡させていただきます。
	生年月日	年 月 日(歳)		
	世帯状況	ひとり暮らし・高齢者のみ世帯・身体障害者（重度で寝たきりの者）		
	介護認定	有（要支援・要介護） ・ 無		
	身体障害者手帳	有（種 級） ・ 無		
	サービスの利用等	・通院（月・火・水・木・金・土・日） 無 ・通所介護（月・火・水・木・金・土・日） 無 ・訪問介護（月・火・水・木・金・土・日） 無 ・その他、寝具類等の衛生管理が困難な理由 []		
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から⑤のうち3点を選択）			
個人情報等の共有に関する同意欄 私（対象者）は、当該事業の申請にあたり提供した健康状態・生活状況等の個人情報情報を、町・社会福祉協議会・民生委員等の関係者間で必要な範囲において共有することに同意します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">対象者（署名） _____</p>				