第１号様式（第６条関係）

座間市寝具乾燥・丸洗いサービス事業利用申請書

　　　　年　　月　　日

（宛先）座間市長

氏名

申請者　住所

電話番号

座間市寝具乾燥・丸洗いサービス事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業対象者氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 事業対象者住所 |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | |
| 事業対象者の状況 | １　介護保険の要介護認定を受けている  　　要支援　１　２　　　　　要介護　１　２　３　４　５  ※ケアプラン作成依頼先  事業所名　　　　　　　　　　　電話番号  ２　申請中（申請日　　　年　　月　　日）  ３　受けていない | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | | 有　無 | | | | 種　　級（　　　　　　　　　） | | | | |
| 療育手帳 | | | | | 有　無 | | | | 程度（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | 有　無 | | | | 級 | | | | |
| 傷病 | | 有　無 | | | | | 認知症 | | | | 有　無 | | |
| 診断名 | |  | | | | | 医療機関 | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 世帯状況（事業対象者を除く。） | № | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | | | | | | | 健康状態 | 職業等 |
| １ |  | |  | 年　　月　　日 | | | | | | | |  |  |
| ２ |  | |  | 年　　月　　日 | | | | | | | |  |  |
| 緊急連絡先 | 名称 | | | 本人との関係 | | | | | 電話番号 | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |

座間市寝具乾燥・丸洗いサービス事業を利用するに当たり必要があるときは、私及び同居家族の住民記録、市民税課税状況又は介護保険情報（要介護度及び介護保険料段階）について、市が保有する情報を利用することに同意します。

利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名