|  |  |
| --- | --- |
| 受理番号 |  |

様式第１号（第４条関係）

（本人又は家族申請）

小野町社会福祉協議会寝具クリーニングサービス事業申請書

令和　　年　　月　　日

小野町社会福祉協議会

会　長　村　上　昭　正　様

住　　　所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

（利用者との関係　　　　　　　　）

寝具クリーニングサービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用　者　 | 住　所 | 小野町大字　　　　　　　字　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年齢 | 　　歳 |
| 対象要件 | 要介護度 | □　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 身体障害者等級 | □　１　級　　　□　２　級 |
| 身体の状況 | □　歩行困難である　　　　　　　□　椅子等に座ることができる　　　□　起き上がることができる　　　□　ベッドでの生活が主体である |
| 同　居　者 | 　家族（　　　　　　　人） |

|  |  |
| --- | --- |
| 社協確認 | ㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| 受理番号 |  |

様式第２号（第５条関係）

（民生委員代行申請）

小野町社会福祉協議会寝具クリーニングサービス事業申請書

令和　　年　　月　　日

小野町社会福祉協議会

会　長　村　上　昭　正　様

申請代行者

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（　　　　　　　地区民生委員）

寝具クリーニングサービス事業を利用したいので、次のとおり代理申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 住　所 | 小野町大字　　　　　　　字　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏　名 | ㊞ |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年齢 | 　　歳 |
| **※**対象要件 | 要介護度 | □　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 身体障害者等級 | 　□　１　級　　　□　２　級 |
| 身体の状況 | □　歩行困難である　　　　　　　□　椅子等に座ることができる　　　□　起き上がることができる　　　□　ベッドでの生活が主体である |
| 同　居　者 | 　家族（　　　　　　　人） |

|  |  |
| --- | --- |
| 社協確認 | ㊞ |