

ねたきり高齢者等寝具洗濯サービス利用申請書

年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長

申請者 住所 〇〇区 〇〇〇〇 △-△

氏名 仙台 一郎 印 続柄 長男

電話 ### - ####

※押印は、申請者が自署する場合又は下記調査に同意しない場合は不要です。

ねたきり高齢者等が使用している寝具（掛布団、敷布団、毛布、枕等）の洗濯サービスを利用したいので、必要書類を添付し下記のとおり申請します。

利用決定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の属する世帯員の住民票情報及び市民税情報について、仙台市が調査することに

同意します。 → 以下の添付書類のうち、①及び②を省略できます。

同意しません。 → 以下の添付書類を提出してください。

- ・必要添付書類：①生計中心者の当年度市県民税額（4～6月は前年度）を証明する書類
②世帯員全員の住民票，③生活保護被保護世帯は生活保護証明書，④支援給付受給者は支援給付本人確認証の写し，⑤身体障害者は身体障害者手帳の写し

| | | | | | | |
|----------------------------|---|---------------------|----|------------|----|--|
| 対象者 | 現住所 | 仙台市 〇〇区 〇〇〇〇 △-△ | | | | |
| | 氏名 | 仙台 太郎 | 電話 | ### - #### | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 〇年〇月〇日（〇〇歳） | 性別 | 男・女 | | |
| 寝具の洗濯を必要とする理由 | <input checked="" type="checkbox"/> ねたきり <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 重度肢体不自由者 <input type="checkbox"/> 内部障害者 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | |
| 同居家族 ※生計中心者には○を付けてください。 | 氏名 | 申請者との続柄 | 年齢 | 職業 | 備考 | |
| | 仙台 一郎 | 長男 | 〇〇 | 〇〇 | | |
| | 仙台 花子 | 長男の妻 | □□ | □□ | | |
| | | | | | | |

以下は、記入しないで下さい。

| | | | | | |
|-----------------------------|--|------|-------|----|------|
| 決裁 | 年 月 日 | 課長 | 係長 | 係員 | 公印承認 |
| | 本件の申請について下記のとおり決定し、申請者あて通知してよろしいか伺います。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 可 | (利用回数 回) (利用者負担率 %) | 通知月日 | 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 不可 | 理由 () | 登録番号 | | | |