

第1号様式

寝具乾燥サービス申請書

年 月 日

稲城市長 殿

対象者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生
性 別 男 ・ 女
電 話

代行者 住 所
(介護者) 氏 名
続 柄 ()

稲城市寝具乾燥サービスを受けたく申請します。

稲城市寝具乾燥サービスを受けたく申請します。					受 付
資格要件	1. ひとり暮らし老人 2. 寝たきり老人				
臥床の状況	1. 居動作が困難なため、常時臥床している。 2. 日光浴等のための離床時間を除いて、いつも臥床している。				
臥床の始期	年 月 日 から				
高齢福祉課	住民票	年齢	開始年月	台帳転記	確認印
	有 ・ 無	歳	年 月		

※欄は記入しないでください。