

# 小牧市寝具乾燥クリーニング事業申請書

年 月 日

(宛先) 小牧市長

申請者 住 所  
氏名 (署名)  
電 話

小牧市寝具乾燥クリーニング事業を利用したいので、次のとおり申請します。また、個人情報を受託事業者提供することに同意します。

※  
1

氏名		性別	男・女	生年 月日	明治 大正 年 月 日 昭和
住所				電話番号	

※  
2

介護保険 被保険者番号		要介護 状態区分等	
認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日		

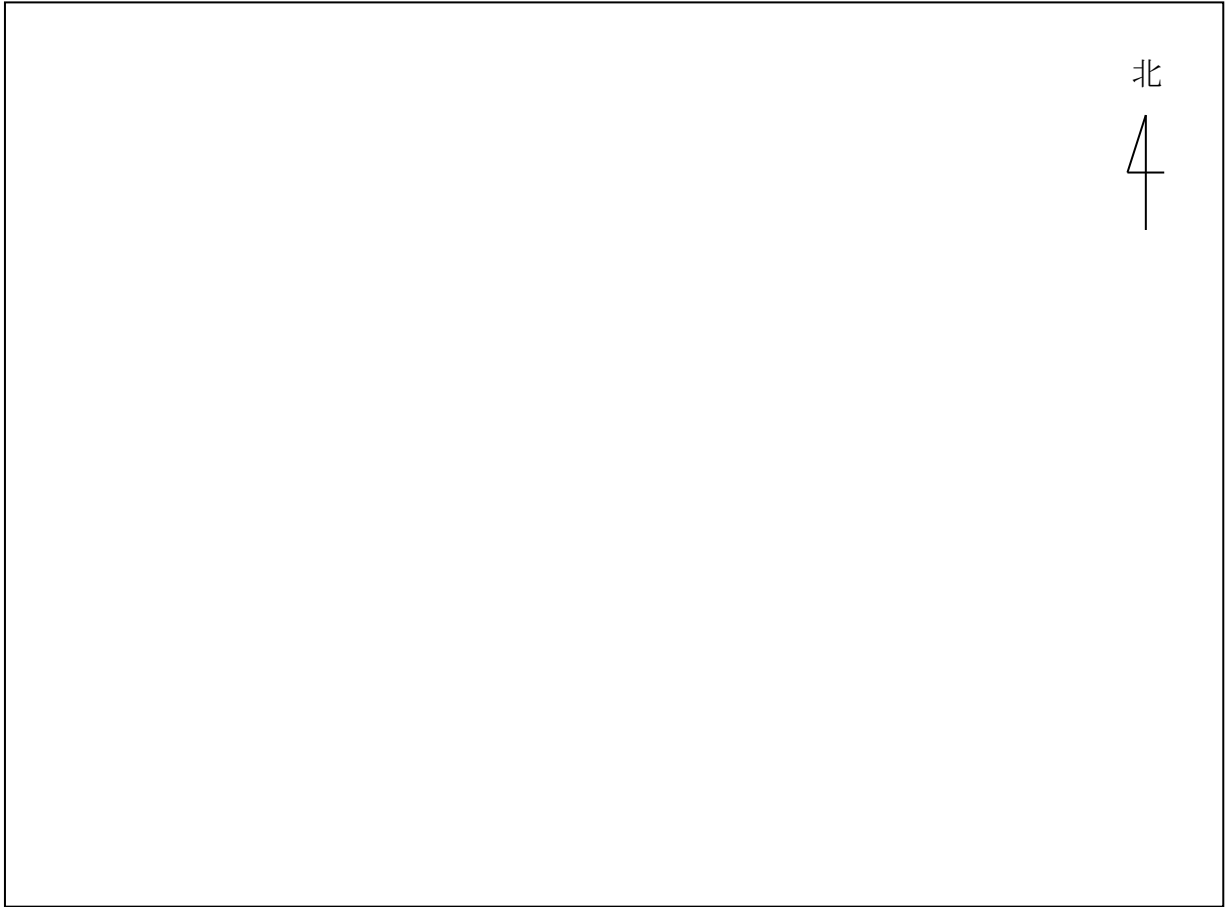
緊急 連絡先	氏名		続柄		電話 番号	
-----------	----	--	----	--	----------	--

同居の親族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	備考

1回当たりの希望枚数を ○で囲む	掛布団 0・1・2・3 枚    敷布団 0・1・2 枚 毛 布 0・1・2・3 枚
---------------------	---

- ※1 介護認定を受けている方は、記入してください。
- ※2 緊急連絡先は、利用者の方と連絡がとれない場合に連絡をするために使用します。利用者の近況を把握可能な方を記入してください。

申請者付近見取図



北  
↑