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に提供することに同意します。

２

※

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 |  |
| 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