

高齢者等寝具乾燥消毒事業申請書

立川市長 殿

年 月 日

高齢者等寝具乾燥消毒事業について、次のとおり申請します。

申請者 (利用対象者)	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	
	住所	立川市 町 丁目		
	電話	042 () / ()		
介護 保険 等	身体状況等	<input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5)で(病弱 / 寝たきり) 有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 2)級で寝たきり		
	居宅介護支援事業所名			
	担当ケアマネジャー名		電話番号	
同居 の 家族 等	氏名	身体状況等		
	①	<input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 2)級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1)級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳(1 2)度		
	②	<input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1 2)級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1)級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳(1 2)度		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 自力で布団を干せない方みの世帯			
世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯全員非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援給付受給			
親族等 の 緊急 連絡 先	氏名	続柄	住所	電話番号
	①			
	②			
布団を干せない理由(必須)申請者の身体状況について詳しく記載してください。同居の家族等がいる場合には、その家族等の身体状況についても詳しく記載してください。				

◎本事業の利用にあたり、下記のこと同意します。

- 1 申請者の介護保険認定結果(認定調査票及び主治医意見書等を含む)、身体障害者手帳の確認
- 2 同居の家族等の介護保険認定結果、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳の確認
- 3 申請者及び同居の家族等の住民登録・所得の状況等の公簿による確認
- 4 サービス実施の日は、利用対象者及び同居の家族等が玄関先まで寝具を移動させておくこと

令和 年 月 日

利用対象者署名

(親族署名または押印で代用可)

申請者以外に連絡・通知を希望する場合はチェックしてください。

担当ケアマネジャー 同居の家族等 (① ・ ②) 親族等の緊急連絡先(① ・ ②)

..... 以下は記入しないでください

上記申請について、次のとおりとする。					(決定 ・ 却下)		立福高第 号		
() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 福祉相談センター	担当	課税状況	課 非 生	起案	・	・	担当	係長	課長
		世帯状況	ひとり	決定	・	・			
			その他	施行	・	・			