寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請書

　　　　年　　月　　日

　　　石巻市長　　　　　　(あて)

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

対象者との続柄

電話番号

　石巻市寝具洗濯乾燥消毒サービス事業実施要綱第５条の規定により、寝具洗濯乾燥消毒サービスの利用を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 石巻市 |
| 氏名 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　)歳　　 | 性別 | 男・女 |
| 世帯の状況 | 　単身・高齢者のみ・その他(　　　　　　　　) |
| サービスを必要とする理由 | 　 |
| 申請枚数 | 枚 | 申請月 | ４～９ | １０～３ |
| 交付限度 | ２ | １ |
| 希望実施月(偶数月)及びサービス内容(項目に○) | １回目 | 実施月 | 年　　月　 | ２回目 | 実施月 | 年　　月　 |
| サービス内容 | 1　洗濯　乾燥　消毒2　乾燥　消毒 | サービス内容 | 1　洗濯　乾燥　消毒2　乾燥　消毒 |
| 実施事業者 | 事業者名 |
| 　 |
| 　石巻市寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請に伴い、市が私の属する世帯全員の市民税の課税状況について、調査することを承諾します。対象者氏名　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印） |
| 経由機関名(地域包括支援センター等) | 　 | 担当者 | 　 | 電話 | 　 |

　※　以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用券交付枚数 | 枚 | 交付番号 | 第号 |