

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-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-ビ ス 内 容 (項 目 に ○)	1 回 目	実 施 月	年 月	2 回 目	実 施 月	年 月
	サ-ビ ス 内 容	1 洗濯 乾燥 消毒 2 乾燥 消毒		サ-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
---------	---	------	-----