様式第１号

令和　　　年　　　月　　　日

高　知　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　（申請者） 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 利用者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話

高知市寝具洗濯乾燥消毒サービス事業利用申請書

　高知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，次のとおり寝具洗濯　乾燥消毒サービスの利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | ふ り が な |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 氏 　 名 |  |
| 住 　 所 | 高知市 | 電　話 |  |
| 要介護状態区　　分 | **４　　・　　５** | 認　定有効期間 |  |
| 身体障害者手帳 | 県・市　　　　　　　　号　　　　　種　　　　級 |
| 申請理由等 | 身体状況 |  |
| 希望寝具 | 敷布団　　・　　掛け布団　　・　　毛布 |

この事業の利用に当たって，必要に応じ，高齢者支援課長が，私に関する次のことを（　）内の担当者等に確認することに同意します。

　・　世帯の課税及び所得状況等（市民税課）

　・　生活保護受給者又は中国残留邦人等に対する支援給付の受給の有無及び介護扶助に関する情報（福祉管理課，第一福祉課又は第二福祉課）

* 要介護認定にかかる情報（介護保険課）
* 身体障害者手帳にかかる情報（障がい福祉課）
* 居宅サービス計画と利用者基本情報（介護支援専門員）

利用希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人が手書きしない場合は，記名押印してください。