

足立区ねたきり高齢者寝具乾燥消毒事業申請書

令和 年 月 日

(提出先)
足立区長

申請者氏名

(事業所名・氏名)

電話番号

()

対象者との関係

足立区ねたきり高齢者寝具乾燥消毒事業の利用について、下記のとおり申請します。

利用者	フリガナ	
	氏名	
	住所	足立区
	電話番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)

対象要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上である
	<input type="checkbox"/> 足立区で介護保険要介護認定3・4・5のいずれかに該当する
	<input type="checkbox"/> ねたきり、または認知症で外出困難である
	<input type="checkbox"/> 入院中、施設入所中ではない

* 上の全てに該当する方が対象です。

介護者	(必須です。布団の受け渡し、支払、署名押印の補助を行います。)	
	住所	
	氏名	(利用者との関係)
	電話番号	

※申請には、別紙(同意書)の添付が必要です。記入・押印いただき、一緒にご提出ください。