

(寝具乾燥消毒)

申 請 書

年 月 日

(提出先)

足 立 区 長

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

利用者との関係 _____

電話番号 ()

要介護認定3・4・5で、ねたきり等により寝具の乾燥が困難な在宅生活をしている高齢者のため、寝具乾燥消毒事業を申請します。

1 事業名 **ねたきり高齢者寝具乾燥消毒**

(フリガナ)

2 利用者氏名 _____

3 利用者住所 _____

4 利用者生年月日 _____

5 介護者 (必須です。寝具乾燥の当日に寝具の受け渡しを手伝う人です。)

住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 _____

電話番号 ()

*本申請に必要な介護保険認定状況、住民記録を確認することを同意書内で同意します。

*注意事項 (下記のいずれかにあてはまるときは寝具乾燥消毒を利用できません)

① 65歳未満 ② 老人ホーム等 (有料老人ホームを含む) に入居中