

ねたきり高齢者等寝具洗濯サービス利用申請書

年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

電話 _____

※押印は、申請者が自署する場合又は下記調査に同意しない場合は不要です。

ねたきり高齢者等が使用している寝具（掛布団、敷布団、毛布、枕等）の洗濯サービスを利用したいので、必要書類を添付し下記のとおり申請します。

利用決定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の属する世帯員の住民票情報及び市民税情報について、仙台市が調査することに

同意します。 → 以下の添付書類のうち、①及び②を省略できます。

同意しません。 → 以下の添付書類を提出してください。

- ・必要添付書類：①生計中心者の当年度市県民税額（4～6月は前年度）を証明する書類
②世帯員全員の住民票，③生活保護被保護世帯は生活保護証明書，④支援給付受給者は支援給付本人確認証の写し，⑤身体障害者は身体障害者手帳の写し

対 象 者	現 住 所	仙 台 市 区				
	氏 名		電 話	—		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	性 別	男・女	
寝具の洗濯を必要とする理由	<input type="checkbox"/> ねたきり <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 重度肢体不自由者 <input type="checkbox"/> 内部障害者 <input type="checkbox"/> その他 ()					
同居家族 ※生計中心者には○を付けてください。	氏 名	申請者との続柄	年 齢	職 業	備 考	

以下は、記入しないで下さい。

決 裁	年 月 日	課 長	係 長	係 員	公印承認
	本件の申請について下記のとおり決定し、申請者あて通知してよろしいか伺います。				
<input type="checkbox"/> 可	(利用回数 回) (利用者負担率 %)	通知月日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 不可	理由 ()	登録番号			