

様式第1号（第4条関係）
（本人又は家族申請）

受理番号	
------	--

小野町社会福祉協議会寝具クリーニングサービス事業申請書

令和 年 月 日

小野町社会福祉協議会
会長 村上昭正様

住 所

申請者氏名 ㊟
（利用者との関係 ）

寝具クリーニングサービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所	小野町大字 字 (電話)			
	ふりがな			性 別	男・女
	氏 名	㊟			
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
	対象要件	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
身体障害者等級		<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級			
身体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 歩行困難である <input type="checkbox"/> 椅子等に座ることができる <input type="checkbox"/> 起き上がることができる <input type="checkbox"/> ベッドでの生活が主体である				
同 居 者	家族 (人)				

社協 確認	㊟
----------	---

様式第2号（第5条関係）
（民生委員代行申請）

受理番号	
------	--

小野町社会福祉協議会寝具クリーニングサービス事業申請書

令和 年 月 日

小野町社会福祉協議会
会長 村上 昭正 様

申請代行者
氏 名 (地区民生委員) 印

寝具クリーニングサービス事業を利用したいので、次のとおり代理申請します。

利 用 者	住 所	小野町大字 字 (電話)		
	ふりがな			
	氏 名	印		性別 男・女
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	※ 対象要件	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級		
身体 の 状 況	<input type="checkbox"/> 歩行困難である <input type="checkbox"/> 椅子等に座ることができる <input type="checkbox"/> 起き上がることができる <input type="checkbox"/> ベッドでの生活が主体である			
同 居 者	家族 (人)			

社協 確認	印
----------	---