

様式第 1 号（第 7 条関係）

第 1 回寝具類等洗濯乾燥消毒サービス申請書

令和 年 月 日

田村市長 白石 高司 様

住 所 田村市 町

申請者氏名 ㊟

電 話 番 号 ー

下記のとおり、田村市寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業実施要綱第 7 条の規定により申請します。

記

対象者住所	田村市 町			
対象者氏名				
要介護度等 (○で囲む)	要介護 4・5 ひとり暮らし高齢者 寝たきり身体障害者			
身体障害者手帳 (○で囲む)	有・無 (種 級 障害内容)			
品 目	枚数（1枚か2枚どちらかの希望枚数に○をつける）		単 価 (円)	備 考
	1 枚	2 枚		
敷き布団			2, 8 0 0	
羊毛敷き布団			3, 2 0 0	
羽毛敷き布団			3, 2 0 0	
掛け布団			2, 8 0 0	
羊毛掛け布団			3, 2 0 0	
羽毛掛け布団			3, 2 0 0	
毛 布			9 0 0	
二重毛布			1, 0 0 0	
マットレス			1, 5 0 0	
枕			9 0 0	
羽毛枕			9 0 0	
丹 前			1, 2 0 0	
かいまき			1, 8 0 0	
計				

1 希望回収・返却日（返却日は必ず 1 週間後を記入してください。別紙カレンダー参照）

回収日	月 日 午前のみ	返却日	月 日 午前のみ	備考	
-----	----------	-----	----------	----	--

- ※ 1 1 品目 2 枚まで申請できます。申請締め切りは 5 月 2 3 日（金） までです。
- ※ 2 利用料は無料です。 （ただし 1 回の利用できるサービス額は、1 2, 0 0 0 円です。）
- ※ 3 マットレスや枕など材質により洗濯のできない寝具類は、除菌乾燥にて対応します