

寝たきり身体障害者寝具乾燥消毒利用申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市広坂1丁目1番1号
 氏名 金沢 太郎
 対象者との続柄 (〇〇)

次のとおり寝たきり身体障害者寝具乾燥消毒の利用を申請します。

対象者	ふりがな 氏名	かなざわ たろう 金沢 太郎	年齢 〇〇歳	電話 〇〇〇-〇〇〇〇		
			生年月日			
			M. T. (S) H. R 〇〇年〇〇月〇〇日生			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 金沢市 広坂1丁目1番1号				
障害名	身障者手帳番号	〇〇県 (市) 第 9999 号	交付日	〇年〇月〇日		
	障害名 (手帳の記載どおり 記入してください。)	いずれかに〇 (手帳の記載どおり記入してください)		等級 〇 種 〇 級		
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)		
	金沢 太郎	世帯主	M. T. (S) H. 〇年〇月〇日	無職		
	金沢 花子	妻	M. T. (S) H. 〇年〇月〇日	〇〇会社		
	金沢 一郎	子	M. T. S. (H) 〇年〇月〇日	△△会社		
			M. T. S. H. R			
			M. T. S. H. R			
			M. T. S. H. R			
			M. T. S. H. R	いずれかに〇		
生活状況	現在の状態 (〇印をつける)	外出	食事	入浴	着替	現在、ご自宅で生活していますか。
	自分でできる					① はい
	できない(一部介助が必要)					② いいえ
	〃 (全部 〃)					(病院、入所・入寮施設、その他)
寝たきりとなった期	昭和 〇〇年 〇〇月頃 平成					
サービスの内容等 (記入は不要)	対象寝具	敷き布団・掛け布団・毛布				
	回数	乾燥消毒 年9回 水洗い 年3回				
	費用	無料				