様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 寝たきり身体障害者寝具乾燥消毒利用申請書　　年　　月　　日　　（宛先）金沢市長申請者 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　 　対象者との続柄（　　　　　）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 |  | 年齢　　　　才 | 電話　　　－ |
| 生年月日 |  |
| M.T.S.H.R　　 年　　 月　　日生 |
| 住所 |
| 身障者手帳番号　県・市　第　　　　号 | 交付日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 障害名（手帳の記載どおり記入してください。） |  | 等 級 |
| 　　　種　　級 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続　柄 | 生　年　月　日 | 職業（勤務先） |
|  | 世帯主 | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H.R |  |
|  |  | M.T.S.H |  |
| 生活状況 | 現在の状態（○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２　い　い　え（病院、入所・入寮施設、その他） |
| できない（一部介助が必要） |  |  |  |  |
| 　 〃　 （全部　　〃　　） |  |  |  |  |
| 寝たきりとなった時期 | 昭和　　　　　　　　　　年　　　　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 |