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 | | | | | | | | | | |